

UNIVERSIDAD INTERNACIONAL PARA EL DESARROLLO SOSTENIBLE

UNIDES – MANAGUA

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA DE MEDICINA Y CIRUGÍA GENERAL



Tesis monográfica para optar al Título de Médico y Cirujano General

**INCIDENCIA DEL DESGARRO PERINEAL ENTRE PACIENTES NULÍPARAS,
PRIMÍPARAS, DÍPARAS, MULTÍPARAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL BAUTISTA
ENERO A DICIEMBRE 2022**

AUTOR:

Br. Kelyn María Ríos Guillén

TUTOR:

Dr. Pedro Silva

Medico Ginecoobstetra del hospital Bautista

Managua, Nicaragua, 2023

**INCIDENCIA DEL DESGARRO PERINEAL ENTRE PACIENTES
NULÍPARAS, PRIMÍPARAS, DÍPARAS, MULTÍPARAS ATENDIDAS EN
EL HOSPITAL BAUTISTA ENERO A DICIEMBRE 2022**

A. Dedicatoria

Este estudio se lo dedico a:

Mis padres Mario Ríos y Mercedes Guillén a quienes le debo mi vida, mis logros y todo lo que soy, quienes siempre me han apoyado incondicionalmente, por su paciencia a lo largo de estos años y por ser mis ejemplos de perseverancia en la vida y enseñarme que con mucho esfuerzo y con la ayuda de Dios se cumplen las metas de nuestros corazones.

B. Agradecimiento

Quiero agradecer infinitamente a Dios en primer lugar por todas sus bendiciones en mi vida y por permitirme llegar a este momento tan importante en mi vida académica.

A mi familia quienes han dedicado toda mi vida en formarme y llevarme hacia delante de la mano con sus enseñanzas, por su paciencia, mis padres por ser los pilares más importantes en mi vida, por su ayuda incondicional en la realización de esta investigación.

Mi eterno agradecimiento a la universidad internacional para el desarrollo sostenible (UNIDES) Managua la cual ha permitido culminar 6 años de educación facilitándome todas las oportunidades para desarrollar mi carrera profesional, también por ser el lugar donde conocí a mis compañeros y futuros colegas a quienes aprecio por todo este tiempo compartido; Al personal administrativo y docentes de la facultad de medicina a quienes llevare siempre en mi corazón por todas sus enseñanzas, apoyo y paciencia hacia mi persona, en especial a Dr. Raymundo Solano, Dr. Carlos Jiménez, Dra. Gioconda Cajina, Dr. Jury Cerda, Dr. José Medrano, Dr. Neil Hernández, Dr. Hugo Manzanares y Dra. María Pérez.

Y quiero agradecerle especialmente a Dr. Pedro Silva y Dr. Jerson Pérez principales colaboradores de este estudio, quienes bajo su dirección, apoyo, conocimiento permitieron el desarrollo de este trabajo investigativo.

C. Resumen

El parto vaginal puede llevar a desgarros perineales en aproximadamente el 80-85% de las mujeres, y alrededor del 70% de ellas necesitan sutura. Estas lesiones pueden involucrar la piel, musculatura perineal y mucosa vaginal, incluso llegando al esfínter anal debido a la distensión del suelo pélvico y los músculos. Se han identificado diversos factores de riesgo, como la edad materna, raza, multiparidad, realización de episiotomía, parto vaginal instrumentado, peso al nacer, posición de parto, distocia de hombros, expulsivo prolongado e inducción del trabajo de parto. Según estudios previos, más del 90% de las mujeres con desgarros perineales reportan síntomas persistentes después del parto, como hemorragias, hematomas, dolor, infecciones, dispareunia, abscesos y fístulas recto-vaginales asociadas a infecciones urinarias recurrentes.

OBJETIVO: Determinar si existe alguna diferencia significativa en la incidencia del desgarro perineal entre las pacientes nulíparas, primíparas, díparas y multíparas atendidas el Hospital Bautista durante el periodo comprendido de marzo a noviembre de 2022.

MÉTODOS: Se trata de un estudio analítico, longitudinal y observacional con enfoque mixto, que se basa en la revisión de historias clínicas y datos recopilados de pacientes seleccionadas según criterios de inclusión y exclusión. Se emplearon pruebas estadísticas descriptivas e inferenciales para analizar los resultados. Se consideraron aspectos éticos y se garantizó la privacidad y confidencialidad de la información obtenida.

RESULTADOS: Los resultados del estudio revelaron que la muestra de pacientes estaba compuesta principalmente por mujeres de entre 21 y 35 años, pertenecientes a la categoría racial "mestiza" y de áreas urbanas. La mayoría tenía estado civil de casadas y una escolaridad cercana a la universidad. En cuanto a los antecedentes gineco-obstétricos, no se encontraron diferencias significativas en los antecedentes de aborto y cesárea entre los grupos de estudio, pero sí hubo diferencias significativas en el periodo intergenésico y antecedentes de episiotomía. No fue posible establecer de manera concluyente los principales factores de riesgo

materno-fetales asociados con el desgarro perineal durante el parto. La mayoría de los desgarros perineales fueron de Tipo 1, seguidos por Tipo 2 y Tipo 3, con una baja incidencia de Tipo 4. Se observaron complicaciones como hemorragia en el 4.8% de los casos y hematoma en el 7.6% de los casos. La incidencia de desgarro perineal varió según el grupo de paridad, sin embargo, en todas el más frecuente fue el desgarro tipo 1 con un (Nulíparas 63.16%; Primíparas 72.09%; Díparas 88.89%; Multíparas 100%),

CONCLUSIONES: El estudio proporcionó una visión detallada sobre la incidencia de desgarro perineal durante el parto vaginal y sus factores de riesgo en la población estudiada. Se encontró que los desgarros de primer grado fueron los más comunes, y los factores de riesgo incluyeron edad materna avanzada, paridad, trabajo de parto prolongado y peso fetal alto. Se sugiere limitar la episiotomía a situaciones necesarias para evitar complicaciones. La educación materna y la capacitación del personal de salud son clave en la prevención. En general, el estudio destaca la importancia de mejorar las prácticas clínicas y la atención obstétrica en esta población.

D. Abstract

Vaginal delivery can lead to perineal tears in approximately 80-85% of women, with around 70% of them requiring sutures. These injuries can involve the perineal skin, muscles, and vaginal mucosa, and can even extend to the anal sphincter due to the stretching of the pelvic floor and muscles. Various risk factors have been identified, such as maternal age, race, multiparity, use of episiotomy, instrumental vaginal delivery, birth weight, delivery position, shoulder dystocia, prolonged second stage of labor, and labor induction. According to previous studies, over 90% of women with perineal tears report persistent symptoms after childbirth, such as bleeding, hematomas, pain, infections, dyspareunia, abscesses, and rectovaginal fistulas associated with recurrent urinary infections.

OBJECTIVE: To determine if there is a significant difference in the incidence of perineal tears among nulliparous, primiparous, biparous, and multiparous patients treated at the labor and delivery ward of Hospital Bautista during the period from March to November 2022.

METHODS: This is an analytical, longitudinal, and observational study with a mixed approach, based on the review of medical records and data collected from selected patients according to inclusion and exclusion criteria. Descriptive and inferential statistical tests were used to analyze the results. Ethical aspects were considered, and privacy and confidentiality of the obtained information were ensured.

RESULTS: The study results revealed that the sample of patients mainly consisted of women aged between 21 and 35 years, belonging to the "mestizo" racial category, and from urban areas. Most of them were married and had education levels close to college. Regarding gynecobstetric history, no significant differences were found in the history of abortion and cesarean section among the study groups, but there were significant differences in the intergenetic period and history of episiotomy. It was not possible to conclusively establish the main maternal-fetal risk factors associated with perineal tears during delivery. The majority of perineal tears were Type 1, followed by Type 2 and Type 3, with a low incidence of Type 4. Complications such as hemorrhage were observed in 4.8% of cases and hematoma in 7.6% of cases. The incidence of perineal tears varied according to the parity group, being more frequent in primiparous (72.09%) and less common in multiparous (100%).

CONCLUSIONS: The study provided a detailed insight into the incidence of perineal tears during vaginal delivery and its associated risk factors in the studied population. It was found that first-degree tears were the most common, and risk factors included advanced maternal age, parity, prolonged labor, and high fetal weight. Limiting episiotomy to necessary situations is suggested to avoid complications. Maternal education and healthcare personnel training are crucial in prevention. Overall, the study highlights the importance of improving clinical practices and obstetric care in this population.

Índice de Contenidos

A.	Dedicatoria.....	i
B.	Agradecimiento	ii
C.	Resumen	iii
D.	Abstract.....	iv
I.	INTRODUCCIÓN.....	1
II.	ANTECEDENTES.....	2
2.1.	Antecedentes internacionales:.....	2
2.2.	Antecedentes nacionales:	4
III.	JUSTIFICACIÓN.....	5
IV.	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	6
4.1.	Caracterización del problema:	6
4.2.	Delimitación del problema:.....	6
4.3.	Formulación del problema:	6
4.4.	problema de investigación:	6
V.	OBJETIVOS.....	7
5.1.	Objetivo general:.....	7
5.2.	Objetivos específicos:	7
VI.	MARCO TEÓRICO.....	8
6.1.	Bases conceptuales:	8
6.2.	Asociación de los factores sociodemográficos con los desgarros perineales:	10
6.3.	Asociación de los antecedentes ginecológicos con los desgarros perineales:	11
6.4.	Asociación entre los factores de riesgo maternos con el desgarro perineal:.....	12
6.5.	Asociación entre los factores de riesgo fetales con el desgarro perineal:.....	13
6.6.	Complicaciones en el desgarro perineal:	14

VII.	HIPÓTESIS	16
7.1.	Hipótesis alterna:	16
7.2.	Hipótesis nula.....	16
VIII.	DISEÑO METODOLÓGICO	17
8.1.	Tema:	17
8.2.	Tipo de estudio:.....	17
8.3.	Universo:.....	17
8.4.	Muestra:	18
8.5.	Unidad de análisis:	18
8.6.	Criterios de selección:.....	18
8.7.	Fuente de información:	18
8.8.	Análisis estadístico:	19
8.9.	Consideraciones éticas:.....	20
8.10.	Conflicto de intereses:.....	20
8.11.	Operacionalización de las variables:.....	20
IX.	RESULTADOS	21
9.1.	Resultados del Objetivo 1. Identificar las características sociodemográficas de las pacientes participantes de este estudio.....	21
9.2.	Resultados del Objetivo 2. Comparar los antecedentes gineco-obstétricos presentaron las pacientes de este estudio	22
9.3.	Resultados del Objetivo 3: Establecer los principales factores de riesgo materno-fetales asociado a desgarro perineal durante el parto.....	26
9.4.	Resultado del Objetivo 5. Describir las complicaciones en el puerperio inmediato producidas por el desgarro perineal en las pacientes de este estudio.	33
9.5.	Resultado del Objetivo 6. Identificar la incidencia de desgarro perineal entre los grupos de estudio.	37

X.	DISCUSION.....	42
10.1.	Discusión de los Resultados del Objetivo 1. Identificar las características sociodemográficas de las pacientes participantes de este estudio.	42
10.2.	Discusión de los Resultados del Objetivo 2. Comparar los antecedentes gineco-obstétricos presentaron las pacientes de este estudio.....	43
10.3.	Discusión de los Resultados del Objetivo 3: Establecer los principales factores de riesgo materno- fetales asociado a desgarro perineal durante el parto	44
10.4.	Discusión del Resultado del Objetivo 4. Mencionar los tipos de desgarros perineales entre las pacientes de este estudio	46
10.5.	Discusión del Resultado del Objetivo 5. Describir las complicaciones en el puerperio inmediato producidas por el desgarro perineal en las pacientes de este estudio	47
10.6.	Discusión del Resultado del Objetivo 6. Identificar la incidencia de desgarro perineal entre los grupos de estudio.....	47
XI.	CONCLUSIONES	49
XII.	RECOMENDACIONES	51
12.1.	Para el Personal de Salud:.....	51
12.2.	Para el Hospital Bautista:.....	51
12.3.	Para los Investigadores:	52
XIII.	BIBLIOGRAFÍA	53
XIV.	ANEXOS	57

I. INTRODUCCIÓN

Los partos vaginales se asocian a la posibilidad de presentar desgarros perineales. Se estima que aproximadamente el 80-85% de las mujeres tienen alguna forma de lesión perineal durante el parto vaginal (desgarro) y de estas mujeres, aproximadamente el 70%, requieren sutura. (1)

Durante la expulsión del feto se puede producir lesiones de la piel, musculatura perineal, mucosa vaginal que puede llegar a extenderse hasta el esfínter anal, por pérdida de la función del suelo pélvico, la distensión de los músculos y la fascia o por la lesión distal de los nervios. (2)

Se han identificado los factores maternos y de parto en trabajos previos, los cuales incluyen la edad materna, la raza (mayor riesgo para las mujeres asiáticas y de la India), la multiparidad, el uso de episiotomía, el parto vaginal instrumentado, el peso al nacer, la variedad de posición, la distocia de hombros, el expulsivo prolongado y la inducción del trabajo de parto. (3)

E.C López Briceño (2017) dice “Más del 90% de mujeres que sufrieron un desgarro perineal reportan al menos un síntoma persistente hasta ocho semanas después del parto. Estos síntomas están dados por eventos adversos que se presentan de forma inmediata o mediata al parto como son hemorragias, formación de hematomas, dolor perineal, infección, dispareunia, formación de abscesos, fístula recto vaginales asociadas con las infecciones urinarias a repetición.”. (4)

II. ANTECEDENTES

2.1. Antecedentes internacionales:

Maribel Ayala Espinoza (2018). Este estudio tuvo como objetivo Determinar los factores de riesgo que contribuyen al desgarro perineal en gestantes durante el parto en el Hospital San Juan de Lurigancho, de enero a julio de 2017. El cual fue de tipo descriptivo retrospectivo y que fue realizado a 300 gestantes atendidas en el Hospital San Juan de Lurigancho. Los datos se recopilaron a través de un cuestionario autoadministrado, el cual fue validado por 3 expertos: 2 Obstetra y 1 Médico Gineco-obstetra. Para el análisis de confiabilidad se aplicó la prueba alfa de Cronbach, obteniendo un coeficiente de confiabilidad de 0.905%. Se aplicaron estadísticas descriptivas como la distribución de frecuencias representadas en tablas univariadas y bivariadas, así como también en barras agrupadas. Para las inferencias estadísticas se aplicaron la prueba de ChiCuadrado y el Coeficiente de contingencia con un nivel de confianza del 95%. Concluyo que factores de riesgo como: biológicos, culturales y económicos contribuyen a la predisposición de desgarro perineal en embarazadas durante el parto en el Hospital San Juan de Lurigancho, de enero a julio 2017. (5)

Tello Córdoba et al (2017), realizó un estudio cuyo objetivo fue determinar los factores que predisponen al desgarro perineal durante el parto en pacientes atendidas en el Hospital Nacional Hipólito Unanue durante el año 2016. Dicho estudio es de tipo observacional, descriptivo, retrospectivo de corte trasversal. La muestra está conformada por 144 historias clínicas que cumplan con los criterios de inclusión y exclusión. El cual se concluyó que las pacientes con paridad de multigesta, edad que fluctúa entre 20- 34 años de edad y presencia de anemia antes del parto, aumentan la frecuencia de desgarros perineales. También se concluye tener un recién nacido con un peso entre el rango de 2500 a 4000 gr. durante el parto en el Hospital Nacional Hipólito Unanue durante el año 2016. (6)

Rubitt Anyela Bustamante Torres (2020) realizó un estudio investigativo cuyo objetivo es determinar los factores de riesgo para desgarro perineal severo en las pacientes puérperas de parto vaginal atendidas en el Hospital San Bartolomé, durante el periodo 2014 -2019. Dicho estudio es observacional, analítico, retrospectivo, de casos y controles. Se estudiaron 60 casos y 120 controles. Se recopiló información de las historias clínicas mediante una ficha de recolección de datos. Se determinaron asociaciones mediante el cálculo de los Odds Ratio (OR) con intervalos de confianza al 95%. Los resultados fueron ajustados

mediante un modelo multivariado de regresión logística binaria. Se consideró un valor de $p < 0,05$ como significativo. Concluyendo que las variables maternas asociadas con un mayor riesgo de desgarro perineal severo fueron la nulíparidad y la primiparidad. El perímetro cefálico alto fetal fue el factor neonatal asociado a este desenlace. (7)

B. Mendoza Buquez, C. S. Mallara (2019) Realizaron un estudio investigativo cuyo objetivo fue establecer la relación del peso del recién nacido y los desgarros perineales en gestantes con anemia en el Hospital Vitarte en 2017. Fue un estudio de tipo correlacional, retrospectivo y de corte transversal. La población de estudio estuvo conformada por un total 2612 gestantes de partos vaginales, que presentaron anemia y no se realizó episiotomía. Siendo un total de 274 casos para el año 2017, datos obtenidos de la Oficina de Estadística e Informática del Hospital Vitarte. La muestra fue 110 historias clínicas de gestantes de parto vaginal con anemia sin episiotomía (selección por conveniencia); de los cuales se asignaron 55 historias clínicas de gestantes que presentaron desgarro perineal y 55 historias clínicas de gestantes que no presentaron desgarro perineal, para luego considerar el peso del recién nacido. Concluyendo que el 5% de gestantes con recién nacido macrosómico y 95% con recién nacido con peso normal presentaron desgarro perineal durante el periodo de estudio. La incidencia de desgarros perineales en gestantes con anemia, sin episiotomía en el Hospital Vitarte durante el año 2017 fue de 4.1%. El grupo etario que presentó mayor desgarro perineal fue de 21 - 25 años con un 33%. En relación con la paridad, el 78% de las gestantes multíparas presentaron mayor frecuencia de desgarros perineales. (8)

Franco Neira Tapia (2017) elaboró un estudio investigativo cuyo objetivo es determinar la prevalencia y factores de riesgo asociado a los desgarros perineales en gestantes entre 15 y 30 años de edad en área de ginecología del Hospital Vicente Corral Moscoso, en el período de agosto de 2016 a febrero de 2017. Realizando un estudio descriptivo, retrospectivo de corte transversal. El universo está conformado por 1.320 gestantes en labor de parto, del cual se obtuvo una muestra de 300. Se elaboró una encuesta en base a las variables y factores maternos, fetales y obstétricos, información extraída de historias clínicas. Los datos fueron procesados estadísticamente en el programa SPSS versión 15.00 y el Programa Excel; presentándose en tablas dicotómicas de doble y triple entrada de frecuencia y cruzadas para determinar la relación entre los factores asociados. La cual se comprobó por medio de Chi Cuadrado de Pearson con resultados significativos de $p \leq 0,005$; además, Odds Ratio (OR) con IC del 95% y nivel de Error del 5%. Concluyendo que existe asociación de desgarro perineal con factores maternos como la edad de 20 a 30

años, primigestas; factores obstétricos de episiotomía y factores neonatales del peso del recién nacido entre 2501 a 3999 gramos y perímetro cefálico de 32 a 36 cm, los que causan desgarro de Grado 1. (9)

2.2. Antecedentes nacionales:

Edicsa Concepción López Briceño (2018) Realizó un estudio investigativo con el objetivo de conocer la incidencia de los desgarros perineales y la morbilidad asociada en las mujeres atendidas en la sala de labor y parto del Hospital Alemán Nicaragüense durante el periodo comprendido entre enero y diciembre 2017. Se realizó el estudio observacional, retrospectivo tipo serie de casos, cuya población fueron las pacientes gestantes atendidas en su parto vaginal y que sufrieron desgarro perineal grado III y IV. Concluyendo que las mujeres más afectadas son jóvenes entre 20 a 24 años, con secundaria en estudios y de unión estable en su mayoría, todas de procedentes de Managua, en su mayoría nulíparas y algunas de ellas con período intergenésico prolongado, quienes acudieron en una fase latente o inicial del trabajo de parto. La obesidad fue el principal factor materno asociado, así también la falta de relación entre la AFU y el peso fetal y al nacer en mujeres con talla baja. El desgarro perineal grado III con afección menor del 50% del esfínter anal fue el tipo de desgarro más frecuente (41%). (10)

III. JUSTIFICACIÓN

A nivel nacional y mundial las investigaciones sobre los factores de riesgo y complicaciones del desgarro perineales en pacientes nulíparas vs múltiparas es poco frecuente y la información que se maneja sobre esto en este hospital de investigación varían con los años.

Aunque se han asociado un sinnúmero de factores de riesgo y complicaciones a lo largo de los, asimismo, la identificación de algunos de estos no ha prevenido totalmente que suceda este evento, por lo es preciso su estudio para su prevención y disminución de las complicaciones maternas perinatales.

El reconocimiento de los factores de riesgo debe ser prioritario para prevenir las complicaciones del parto sobre todo en aquellos factores modificables; no obstante, International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO) indica que los médicos deben ser conscientes de los factores de riesgo, pero que estos no necesariamente permiten la predicción o la prevención, debido a las diferencias poblacionales como la etnia, entre otros, con lo que se justifican mayores estudios respecto al traumatismo perineal severo dentro de los diferentes modelos de atención entre los profesionales de la salud. (11)

Por lo que esta investigación será de utilidad para determinar cuál es la incidencia de los desgarros perineales entre pacientes nulíparas, primíparas, díparas y múltiparas, de manera se pueda identificar los factores de riesgos maternos ginecológicos, fetales asociados y las complicaciones más frecuentes. Así también podría en futuro plantear hipótesis que sirvan como base para nuevos estudios y contribuir a la reducción de esta complicación del parto.

IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

4.1. Caracterización del problema:

A nivel mundial la OMS recomienda cuidados durante el parto para una experiencia positiva, lo cual se define como un parto atraumático, lo más fisiológico posible, que no solo abarca el trabajo de parto sino la etapa de la gestación llamada puerperio, de tal forma de evitar cualquier secuela inmediata, mediata o tardía a como lo es el desgarro perineal. (7)

4.2. Delimitación del problema:

Actualmente no existe un consenso en cuanto a las medidas preventivas, ni guías establecidas para el manejo clínico de los desgarros perineales, por lo que, es de gran importancia el establecimiento de los factores de riesgo y complicaciones de dicha patología para poder identificar de forma temprana a los pacientes con riesgo, y así proponer el uso de medidas preventivas y el correcto manejo de las complicaciones. (12)

4.3. Formulación del problema:

En base a esto, se realizará un estudio sobre la incidencia de los desgarros perineales, investigando los factores de riesgo para esta patología y sus complicaciones posteriores a su aparición. Por lo que nos realizamos la siguiente pregunta de investigación:

4.4. problema de investigación:

¿Existe alguna diferencia significativa en la incidencia del desgarro perineal entre las pacientes nulíparas, primíparas, díparas y multíparas atendidas en el Hospital Bautista durante el periodo comprendido de enero a diciembre de 2022?

4.4.1. Preguntas de sistematización:

1. ¿Cuáles son las características sociodemográficas de las pacientes entre los grupos de estudio?
2. ¿Qué antecedentes gineco-obstétricos presentaron las pacientes de dicho estudio?
3. ¿Cuáles son los principales factores de riesgo materno- fetales asociados a desgarro perineal durante el parto?
4. ¿Cuáles son los tipos de desgarros perianales presentados entre las pacientes nulíparas, primíparas, díparas y multíparas de este estudio?
5. ¿Qué complicaciones se presentan en el puerperio inmediato producidas por el desgarro perineal en las pacientes de este estudio?
6. ¿Cuál es la incidencia de desgarro perineal entre los grupos de estudio?

V. OBJETIVOS

5.1. Objetivo general:

Determinar si existe alguna diferencia significativa en la incidencia del desgarro perineal entre las pacientes nulíparas, primíparas, díparas y multíparas atendidas en la sala de labor y parto del Hospital Bautista durante el periodo comprendido de enero a diciembre de 2022.

5.2. Objetivos específicos:

1. Identificar las características sociodemográficas de las pacientes participantes de este estudio.
2. Comparar los antecedentes gineco-obstétricos presentaron las pacientes de este estudio.
3. Establecer los principales factores de riesgo materno- fetales asociado a desgarro perineal durante el parto.
4. Mencionar los tipos de desgarros perineales entre las pacientes de este estudio.
5. Describir las complicaciones en el puerperio inmediato producidas por el desgarro perineal en las pacientes de este estudio.
6. Identificar la incidencia de desgarro perineal entre los grupos de estudio.

VI. MARCO TEÓRICO

6.1. Bases conceptuales:

6.1.1. Trauma perineal:

Se puede definir como cualquier daño que sucede en los genitales durante el parto, ya sea de manera espontánea en forma de desgarro o causado por una episiotomía.

6.1.2. Desgarro perineal:

Es un daño a la piel y/o a los músculos entre el introitus vaginal y el orificio anal durante parto. En la mayoría de los casos, los desgarros se producen en el perineo. El perineo es la región que se encuentra entre el ano y el orificio de la vagina. En el momento de la expulsión del feto ocasiona lesiones que pueden limitarse a la mucosa de la horquilla perineal, tegumentos, tejido celular subcutáneo o extenderse a estructuras musculares que intervienen en los mecanismos de defecación y continencia. (2)

6.1.3. El periné posee las siguientes funciones:

- 1) Función de continencia: Controla los esfínteres para obtener una buena expulsión de materia fecal y micción.
- 2) Función de Sostén: Ya que sostiene principalmente a los órganos como vejiga, útero, recto y vagina.
- 3) Función sexual: Mejora la calidad durante el coito.
- 4) Función de reproducción: Al desarrollar una función de tipo contracción refleja en el útero con el deseo de empujar ayudando a la cabeza del feto en su rotación (4)

6.1.4. Clasificación de los desgarros perineales:

Hasta hace relativamente poco, todavía había inconsistencias en cuanto a la clasificación del trauma perineal y fue Sultan quien en 1999 modificó la clasificación existente entonces por una nueva que fue adoptada por el Royal College of Obstetricians and Gynaecologists en 2001 y por la International Consultation on Incontinence en 2002 la cual aporta un valor pronóstico del desgarro perineal a la hora del parto. La cual es utilizada actualmente y publicada en la normativa de atención de parto del ministerio de salud de Nicaragua.

6.1.5. Los desgarros perineales se clasifican en 4 grados:

- Desgarro perineal de primer grado: lesión de la piel.
- Desgarro perineal de segundo grado: lesión de la musculatura sin lesión del esfínter anal.
- Desgarro perineal de tercer grado: lesión del periné que incluye el complejo del esfínter anal.
 - a) Menos del 50% del espesor del esfínter anal externo desgarrado.
 - b) Más del 50% del espesor del esfínter anal externo desgarrado.
 - c) Esfínter anal interno desgarrado.
- Desgarro perineal de cuarto grado: lesión del periné que incluye el complejo del esfínter anal (interno y externo) y el epitelio anal. (13)

6.1.6. Desgarro perineal de primer grado:

Existe la lesión de la piel perineal es decir la mucosa de la vagina presenta una laceración superficial, que en algunos casos se puede extender a la piel en el introito. (14)

6.1.7. Desgarro de segundo grado:

existe lesión de músculos del periné, pero no afectan al esfínter anal, es decir la mucosa perineal y el cuerpo perineal presentan laceraciones, y pueden llegar hasta los músculos perineales transversos. (14)

6.1.8. Desgarro de tercer grado:

Existe lesión del esfínter anal es decir la laceración se extiende tanto a los músculos perineales transversos y al esfínter anal pero no hay afectación de la mucosa rectal. (14)

6.1.9. Desgarro de cuarto grado:

Existe lesión del esfínter anal es decir la laceración se extiende tanto a los músculos perineales transversos y al esfínter anal hasta la mucosa anal. (14)

La importancia de clasificar a los desgarros es porque aporta un valor pronóstico de los mismos ya que el riesgo para incontinencia fecal se duplica en el grado 3c en relación al 3b de la misma manera que el 3b es el doble de riesgo de incontinencia fecal que los 3a. Se debe tomar en cuenta la opción más grave cuando se tenga dudas del grado de desgarro que presente la paciente (14)

6.2. Asociación de los factores sociodemográficos con los desgarros perineales:

6.2.1. Edad:

Está descrito y comprobado que la edad de la madre influye en el bienestar del embarazo y el parto, presentándose mayor riesgo en los extremos de la vida reproductiva, por lo que la literatura describe que las adolescentes embarazadas tienen más probabilidades de presentar complicaciones durante el trabajo de parto, ya que entre más joven menos desarrollado y fortalecido el canal de parto. Así mismo, se manifiesta que las gestantes primerizas que están comprendidas con más de 35 años, es decir, primigestas añosas, aumentan más el riesgo de desarrollar complicaciones posteriores tales como el desgarro perineal. (15)

6.2.2. Raza:

Se han encontrado internacionalmente la asociación entre la etnia asiática y el trauma perineal como los desgarros perineales; no obstante, se ha identificado también como factores de riesgo la negra; sin embargo, estas asociaciones tienden a variar ya que al no tener razas homogéneas y presentar ascendencia mixta surge un factor de riesgo difícil de prevenir. (16)

6.2.3. Procedencia:

El parto en las zonas rurales de los países en desarrollo plantea problemas y riesgos diferentes, desde el punto de vista de la salud pública, de los que se presentan en las zonas urbanas de dichos países. (17)

6.2.4. Estado civil:

No existe una relación demostrada entre el estado civil y la aparición de los desgarros perineales, pero se ha demostrado en diferentes estudios como el de Adela Avila, el cual concluyó que, en cuanto al estado civil, el mayor porcentaje corresponde a las primíparas con estado civil de unión de hecho estable, representando el 58.5% de las pacientes que presentaron desgarros perineales. (15)

6.2.5. Escolaridad:

Si bien es cierto el nivel de escolaridad no está relacionado con la aparición de esta complicación durante el parto, pero si tiene relación con las medidas de higiene o de autocuidado y de adhesividad a algún tipo

de tratamiento o seguimiento que deben cumplir estas jóvenes para lograr una evolución satisfactoria en estas complicaciones que muchas veces toma tiempo para una curación parcial o completa. (4)

6.3. Asociación de los antecedentes ginecológicos con los desgarros perineales:

6.3.1. Paridad:

Es considerado como un factor de riesgo que causa desgarro perineal. El periné sufre cambios debido a la cantidad de partos que presentan, es diferente en una primípara que en una que tuvo más de dos partos, por lo que podría incluirse como factor de riesgo para el desarrollo desgarro perineal. Sin embargo, cabe señalar que el parto expulsivo precipitado es más frecuente en multíparas, debido al número de veces que el perineo se ha distendido. Además, según los conceptos utilizados, se sabe que existe un mayor riesgo en las gestantes primerizas. No obstante, en los diferentes revisados, son las mujeres multíparas que presentan más desgarros que las mujeres primíparas. (18)

6.3.2. Aborto:

El aborto es la interrupción de manera espontánea o provocada del embarazo antes de las 22 semanas o con un peso fetal menor de 500 gr. No se ha demostrado que los antecedentes de aborto se asocian a desgarros perineales, pero si es un factor de riesgo en cuanto a la gestación de las pacientes. (19)

6.3.3. Antecedente de episiotomía:

El antecedente de trauma perineal también aumenta el riesgo (cinco veces); García obtuvo un resultado similar, con un OR de 4,5; Esta similitud podría deberse a la lesión antigua que vuelve rígidos los músculos blandos del suelo pélvico. (20)

6.3.4. Periodo intergenésico:

El periodo intergenésico se define como el lapso de tiempo que se espera entre un embarazo y otro. Se recomienda según estudios que el mínimo es de dos años. Se considera normal al periodo entre dos y cinco años y antes o después de este rango se aumentan las complicaciones y dentro de ellas los desgarros perineales. (18) El período intergenésico corto menor a dos años, es considerado no recomendable porque, es el tiempo que se debe dar para que el crecimiento de la mujer vuelva a su estado normal, a través del puerperio y sus cambios anatomo fisiológico. (21)

6.4. Asociación entre los factores de riesgo maternos con el desgarro perineal:

6.4.1. Periné resistente:

La vagina se dilata pasivamente a medida que el feto avanza por el canal del parto. Por lo que se presenta una resistencia al paso del feto en el suelo de la pelvis. La distensión máxima del periné determina la dilatación pronunciada del ano hasta 23 cm de abertura, a través del cual sobresale. En muchas nulíparas y en algunas multíparas cierto encajamiento de la cabeza fetal se produce ya en el embarazo, muchos días o semanas antes de que comience el trabajo de parto. Esto quiere decir que ya durante el embarazo la presentación fetal puede estar comprimiendo parte de las estructuras del suelo pélvico. (10)

6.4.2. Parto instrumentado:

El parto instrumentado es la maniobra para acortar el segundo periodo del trabajo de parto, que puede efectuarse mediante la aplicación de fórceps o vacuum.

- a) Parto con ventosas: Es un aparato que pretende la terminación del parto tomando la cabeza fetal, mediante una presión negativa de vacío, y haciendo tracción del dispositivo conectado al polo cefálico, para lograr la extracción del feto. Puede realizarse con o sin episiotomía.
- b) Parto con espátula: Son dos palancas independientes (no se articulan) que, a diferencia del fórceps, no actúan por tracción sino por pulsión. Puede realizarse con o sin episiotomía.
- c) Parto con fórceps: Los cuales se coloca alrededor de la cabeza del bebé.

Un estudio realizado en México por José Alan Arvizu-Armenta et al (2019), con el objetivo de estimar la prevalencia de desgarro perineal en pacientes a quienes se aplicó vacuum e identificar los factores de riesgo de lesión del esfínter anal, concluyó que el 78.6% de las pacientes resultaron con un desgarro de primer o segundo grado, es decir, desgarro moderado en cuanto al parto instrumentado con vacuum (22)

6.4.3. Trabajo de parto prolongado:

Comienza cuando la dilatación cervical ha completado y termina con la expulsión fetal, en este proceso se cumplen los mecanismos del parto. En una revisión de Cochrane sobre la posición de la mujer durante el período expulsivo del parto, los autores de la revisión llegaron a las siguientes conclusiones que había una mayor cantidad de traumatismos perineales (desgarro perineal) en posición vertical con un tiempo expulsivo prolongado (>53%). (10)

6.4.4. Antecedente de desgarro:

Según Fradet – Menard et al (2018), la incidencia de OASIS en partos vaginales después de un parto con OASIS es del 6%, por lo que se debería de dar un mejor asesoramiento sobre la culminación del siguiente parto; otros estudios revisados por este autor mencionan que las tasas varían entre 5 y 10%, destacando que la incidencia de OASIS es mayor en pacientes con antecedente de desgarro, independientemente de su paridad, que en mujeres multíparas sin antecedente, pero muy similar a las nulíparas y primíparas; sin embargo, diversos estudios repasados detectaron el incremento de cesáreas en pacientes con esta patología previa. (23)

6.4.5. Diabetes gestacional:

La diabetes es la primera causa de nacimientos con macrosomía fetal los cuales conllevan a desgarros perineales, en un estudio realizado en el hospital alemán nicaragüense por Edicsa Concepción López Briceño en el 2018 se encontró que solo el 5% de mujeres cursaron con diabetes, sin embargo, la obesidad fue el principal factor materno que se asoció a la aparición de desgarros perineales. (22)

6.4.6. Periné corto:

En un estudio realizado por Deering se estudió la longitud del cuerpo tendinoso perineal en relación con las laceraciones espontáneas de los partos vaginales. La medida media del cuerpo perineal fue de 3,9 cm, sin encontrar diferencias significativas entre las mujeres nulíparas o multíparas. Un cuerpo perineal de una longitud de 2,5 cm o menos tenía un riesgo significativamente aumentado de presentar un desgarro severo durante el parto vaginal (hasta 10 veces mayor) comparado con una longitud del cuerpo perineal de más de 2,5 cm. Las mujeres con cuerpos perineales cortos también presentaron un riesgo mayor de parto instrumental. (22)

6.5. Asociación entre los factores de riesgo fetales con el desgarro perineal:

6.5.1. Macrosomía fetal:

Se define como una anomalía en las dimensiones del feto, no hay un consenso absoluto acerca de la definición de este padecimiento; algunos estudios consideran macrosómicos a los recién nacidos con un peso mayor a 4500 g, otros estudios definen la macrosomía como todos los recién nacidos que se encuentran por arriba del percentil 90 o dos desviaciones estándar para la edad gestacional.

Las principales complicaciones maternas que pueden ocurrir por la macrosomía fetal en un parto vaginal son desgarros vaginales (58.8%). La macrosomía fetal se asocia con un aumento de desgarros de III y IV grado en el canal del parto cuando éste es vaginal y parto prolongado. (24)

6.5.2. Distocia de hombros:

La distocia de hombros se define como la dificultad en la salida espontánea de los hombros que requiere de maniobras obstétricas adicionales para producir la expulsión fetal tras la salida de la cabeza. Se produce por la impactación de uno o los dos hombros fetales en estructuras pélvicas maternas. La impactación del hombro anterior en la sínfisis púbica es más frecuente que la del hombro posterior en el promontorio sacro, su incidencia según estudios que recogen un gran número de partos vaginales es de entre el 0.6% y el 0.7%. Lo que conlleva a ser un factor de riesgo de desgarros perineales de tercer o cuarto grado en un 3.8% (13)

6.5.3. Grado de deflexión fetal:

En estudio de cohortes, llevado a cabo como parte de un programa nacional noruego, que tiene como objetivo establecer si un programa de intervención puede disminuir la frecuencia de la rotura del esfínter anal. La intervención realizada es controlar la fase de expulsión de la cabeza mediante dos maniobras, controlando la deflexión de la cabeza e informando a la madre que no empuje, para proteger el periné. Se observó una disminución global del desgarro del esfínter anal durante el período de intervención: de un 4,03% de desgarros durante 2002-2004. (10)

6.5.4. Producto grande para edad gestacional:

Es el nacido con un peso superior al 90 percentil de la curva de peso intrauterino de acuerdo a su edad gestacional (independientemente de la duración de la misma). Por lo que se asocia el peso del producto cuando es mayor al percentil 90 a desgarros durante el momento del parto. (25)

6.6. Complicaciones en el desgarro perineal:

6.6.1. Hemorragia:

Son la segunda causa de hemorragia posparto, después de la atonía uterina, caracterizado por un sangrado vaginal activo posterior a una lesión durante el expulsivo que requiere de sutura. La intensidad del sangrado va a depender de la longitud del desgarro y del calibre de los vasos dañados. Se ha reportado

que hasta 73% de las nulíparas presentan un desgarro perineal moderado; y entre 2.2% a 19%, severo con lesión del esfínter anal. (5)

6.6.2. Hematomas vulvar:

Asociados casi siempre a los desgarros perineales medio laterales con prolongación. Su aparición es temprana y la sintomatología que la acompaña es característica: dolor perineal intenso y masa subyacente de crecimiento rápido.

Clínicamente, el traumatismo vulvar puede producir un sangrado abundante por el entramado vascular del periné. En las mujeres adultas, los labios mayores están formados por depósitos de grasa que protegen la vulva contra lesiones. En contraste, las niñas y adolescentes no tienen este soporte o se encuentran en pleno desarrollo, por lo que son más propensas al hematoma vulvar. (26)

VII. HIPÓTESIS

7.1.Hipótesis alterna:

En el grupo de pacientes estudiadas se demuestra que al menos uno de los cuatro tipos de desgarros perineales tiene una incidencia significativa más alta en relación a los otros.

7.2.Hipótesis nula

No hay diferencia significativa en la incidencia de desgarros perineales entre los cuatro tipos de desgarró perineales.

VIII. DISEÑO METODOLÓGICO

8.1.Tema:

Incidencia del Desgarro Perineal entre Pacientes Nulíparas, Primíparas, Díparas, Multíparas atendidas en El Hospital Bautista enero a diciembre 2022

8.2.Tipo de estudio:

a. Según su finalidad:

Es una investigación de tipo analítico.

b. Según su alcance temporal:

Es un estudio longitudinal.

c. Según su profundidad:

Es un estudio observacional.

d. Según el carácter de la medida:

Es una investigación mixta.

e. Según la dimensión temporal:

Es un estudio retrospectivo.

f. Según área de estudio:

Se realizará la presente investigación en sala de labor y parto en el servicio de ginecología y obstetricia del hospital bautista de la ciudad de Managua en el periodo comprendido de enero a diciembre de 2022.

8.3.Universo:

Todas las pacientes con parto atendidas en sala de labor y parto en el servicio de ginecología y obstetricia del hospital bautista de la ciudad de Managua en el periodo comprendido de enero a diciembre de 2022.

8.4.Muestra:

Está constituido por todas las pacientes diagnosticadas con desgarro perineal que fueron atendidas en sala de labor del hospital bautista. Se aplicó un muestreo aleatorio simple del total de pacientes que corresponde al universo, se estimó la cantidad de 171 pacientes, sin embargo, no se logró recolectar lo esperado, por lo que nuestra muestra se realizó por conveniencia debido a la cantidad de expedientes que se logró reunir en este estudio.

8.5.Unidad de análisis:

Expedientes clínicos de mujeres con partos atendidos en el hospital bautista.

a. Unidad observacional:

Historias clínicas de las pacientes

8.6.Criterios de selección:

a. Criterios de inclusión:

- Pacientes con embarazo a término (37 a 42 semanas de gestación)
- Feto único, vivo y en presentación cefálica
- Parto que se lleva a cabo en sala de labor y parto

b. Criterios de exclusión:

- Anormalidad fetal
- Anomalías placentarias
- Pacientes con embarazo pretérmino o postérmino
- Incumplimiento de los criterios de inclusión
- Expedientes clínicos con datos incompletos

8.7.Fuente de información:

a. Fuente primaria:

Ficha de recolección de datos e historias clínicas de las pacientes.

b. Fuente secundaria:

- Estudios nacionales realizados basados en la evidencia científica sobre desgarro perineal y otras complicaciones del parto.
- Repositorios institucionales (UNAN, MINSA, CNU).
- Publicaciones científicas de la FIGO.
- Consensos internacionales y bibliografía internacional sobre desgarro perineal.

c. Procedimiento para la recolección de la información:

- Elaboración de ficha de recolección de datos.
- Introducción de los datos de cada paciente en SPSS versión 26.
- Análisis estadístico de los datos anteriormente recolectados.
- Utilización de Microsoft office versión 2021 para elaboración de tablas estadísticas.

8.8. Análisis estadístico:

a. Validación del estudio:

Se decidió utilizar un método efectivo y corto como es el coeficiente alfa de cronbach, siendo capaz de medir la consistencia interna de un cuestionario y además suele ser la primera aproximación a la validación del constructo de una escala, este debe entenderse como una medida de la correlación de las variables que forman la prueba y que posean entre 3 y 20 ítems.

b. Pruebas paramétricas y no paramétricas:

▪ Estadística Descriptiva:

Las variables categóricas (conocidas como cualitativas): se describirán en términos de frecuencias absolutas (número de casos observados) y frecuencias relativas (porcentajes). Los datos serán mostrados en tablas de contingencia. Los datos serán ilustrados usando gráficos de barra o de pastel.

▪ Estadística Inferencial:

Para explorar la asociación (correlación) entre dos variables categóricas se utilizará la prueba de Chi-cuadrado (χ^2). Para explorar la asociación entre una variable categórica y una cuantitativa se

utilizará la prueba de T de Student y la prueba de ANOVA (Análisis de varianza de un factor). Para evaluar la asociación entre dos variables cuantitativas se utilizará la correlación de Pearson.

Se considera que una asociación o diferencia es estadísticamente significativa, cuando el valor de p fuese <0.05 .

8.9. Consideraciones éticas:

En cuanto a los aspectos éticos se seguirán los principios de la declaración de Helsinki y las Guías de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para la realización de estudios biomédicos. El estudio se realizará con previa autorización de las autoridades de salud correspondientes.

Se garantizará la privacidad y confidencialidad suprimiendo el nombre de la paciente en la base de datos utilizando un código para su identificación. La información obtenida será única y exclusivamente para fines investigativos.

8.10. Conflicto de intereses:

Protocolo de Investigación de Tesis para optar al Título de Médico y Cirujano.

8.11. Operacionalización de las variables:

Para mayor descripción de las variables ver sección de “Operacionalización de las variables” en Anexos.

IX. RESULTADOS

9.1. Resultados del Objetivo 1. Identificar las características sociodemográficas de las pacientes participantes de este estudio.

Tabla 1. Estadística Descriptiva de las Características Sociodemográficas de las Pacientes participantes del Estudio.

	Estadísticos descriptivos					
	N	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar	Varianza
Edad	105	1	3	2,23	,505	,255
Raza	105	4	4	4,00	,000	,000
Procedencia	105	2	2	2,00	,000	,000
Estado Civil	105	1	4	2,68	1,052	1,106
Escolaridad	105	2	5	4,06	,998	,997
N válido (por lista)	105					

La tabla proporciona estadísticas descriptivas para cada variable. El significado de cada columna es el siguiente:

- **Edad:** La variable "Edad" representa tres categorías: 15 a 20 años (código 1), 21 a 35 años (código 2) y más de 35 años (código 3). Los valores mínimo y máximo observados son 1 (15 a 20 años) y 3 (más de 35 años), respectivamente. La media es de 2.23, lo que indica que la edad promedio de la muestra se encuentra más cerca de la categoría "21 a 35 años". La desviación estándar de 0.505 muestra que los valores de edad están relativamente cercanos a la media, con poca dispersión en los datos.
- **Raza:** La variable "Raza" tiene cinco categorías: blanca (código 1), negra (código 2), asiática (código 3), mestiza (código 4) e indígena (código 5). En este caso, todos los valores observados son 4 (mestiza), lo que indica que todas las personas en la muestra pertenecen a la categoría "mestiza". No hay variabilidad en los datos de esta variable.
- **Procedencia:** La variable "Procedencia" tiene dos categorías: rural (código 1) y urbana (código 2). Al igual que en la variable "Raza", todos los valores observados son 2 (urbana), lo que indica que todas las personas en la muestra provienen de áreas urbanas. No hay variabilidad en los datos de esta variable.

- Estado Civil: La variable "Estado Civil" representa cinco categorías: soltera (código 1), casada (código 2), divorciada (código 3), viuda (código 4) y unión de hecho estable (código 5). El valor mínimo observado es 1 (Soltera) y el valor máximo es 4 (viuda). La media de 2.68 indica que, en promedio, las personas en la muestra tienen un estado civil cercano a la categoría "casada". La desviación estándar de 1.052 indica cierta dispersión en los datos de estado civil.
- Escolaridad: La variable "Escolaridad" representa seis categorías: analfabeta (código 1), primaria (código 2), secundaria (código 3), universidad (código 4), profesional (código 5) y técnico (código 6). El valor mínimo observado es 2 (primaria) y el valor máximo es 5 (profesional). La media de 4.06 indica que, en promedio, las personas en la muestra tienen una escolaridad cercana a la categoría "universidad". La desviación estándar de 0.998 muestra cierta dispersión en los datos de escolaridad.

En resumen, la tabla proporciona estadísticas descriptivas para las variables específicas según la categorización proporcionada. Sin embargo, es importante tener en cuenta que en las variables "Raza" y "Procedencia" no hay variabilidad en los datos, ya que todas las observaciones pertenecen a una sola categoría.

9.2. Resultados del Objetivo 2. Comparar los antecedentes gineco-obstétricos presentaron las pacientes de este estudio

Tabla 2. Estadística Descriptiva de los antecedentes gineco-obstétricos que presentaron las pacientes de este estudio

		Descriptivos							
		N	Media	Desviación estándar	Error estándar	95% de intervalo de confianza para la media		Mínimo	Máximo
						Límite inferior	Límite superior		
Edad Gestacional	Nulipara	38	2,00	,000	,000	2,00	2,00	2	2
	Primípara	43	2,00	,000	,000	2,00	2,00	2	2
	Dípara	18	2,00	,000	,000	2,00	2,00	2	2
	Múltipara	6	2,00	,000	,000	2,00	2,00	2	2
	Total	105	2,00	,000	,000	2,00	2,00	2	2
	Nulipara	38	1,08	,273	,044	,99	1,17	1	2

Antecedentes de Aborto	Primípara	43	1,21	,412	,063	1,08	1,34	1	2
	Dípara	18	1,28	,461	,109	1,05	1,51	1	2
	Múltipara	6	1,50	,548	,224	,93	2,07	1	2
	Total	105	1,19	,395	,039	1,11	1,27	1	2
Antecedentes de Cesarea	Nulipara	38	2,00	,000	,000	2,00	2,00	2	2
	Primípara	43	2,00	,000	,000	2,00	2,00	2	2
	Dípara	18	1,94	,236	,056	1,83	2,06	1	2
	Múltipara	6	2,00	,000	,000	2,00	2,00	2	2
Total	105	1,99	,098	,010	1,97	2,01	1	2	
Periodo Intergenesico	Nulipara	38	4,68	1,093	,177	4,32	5,04	1	5
	Primípara	43	2,23	1,020	,156	1,92	2,55	1	5
	Dípara	18	2,28	1,018	,240	1,77	2,78	1	4
	Múltipara	6	1,83	,983	,401	,80	2,87	1	3
Total	105	3,10	1,581	,154	2,80	3,41	1	5	
Antecedentes de Episiotomia	Nulipara	38	2,00	,000	,000	2,00	2,00	2	2
	Primípara	43	1,77	,427	,065	1,64	1,90	1	2
	Dípara	18	1,44	,511	,121	1,19	1,70	1	2
	Múltipara	6	1,00	,000	,000	1,00	1,00	1	1
Total	105	1,75	,434	,042	1,67	1,84	1	2	

Tabla 3. Analisis de Varianza (ANOVA) de los antecedentes gineco-obstétricos que presentaron las pacientes de este estudio

		ANOVA				
		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Edad Gestacional	Entre grupos	,000	3	,000	.	.
	Dentro de grupos	,000	101	,000		
	Total	,000	104			
Antecedentes de Aborto	Entre grupos	1,200	3	,400	2,695	,050
	Dentro de grupos	14,991	101	,148		
	Total	16,190	104			
Antecedentes de Cesarea	Entre grupos	,046	3	,015	1,641	,185
	Dentro de grupos	,944	101	,009		
	Total	,990	104			
Periodo Intergenesico	Entre grupos	149,518	3	49,839	45,625	,000
	Dentro de grupos	110,329	101	1,092		

	Total	259,848	104			
Antecedentes de Episiotomia	Entre grupos	7,443	3	2,481	20,677	,000
	Dentro de grupos	12,119	101	,120		
	Total	19,562	104			

Tabla 4. Análisis de Varianza (ANOVA) Periodo Intergenésico

ANOVA

Periodo Intergenésico

	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Entre grupos	5,153	3	1,718	1,714	,173
Dentro de grupos	66,119	66	1,002		
Total	71,271	69			

Descriptivos (Tabla 2):

La tabla de descriptivos muestra los valores estadísticos para cada variable en los diferentes grupos de estudio.

- **Edad Gestacional:** En todos los grupos (Nulípara, Primípara, Dípara y Multípara), la media de la edad gestacional es de 2.00 (A termino), con una desviación estándar y error estándar de 0. Esto indica que todas las mujeres en los grupos tenían la misma edad gestacional de 2.00, lo que se considera a término.
- **Antecedentes de Aborto:** En el grupo de Nulípara, la media de antecedentes de aborto es de 1.08. En el grupo de Primípara, la media es de 1.21. En el grupo de Dípara, la media es de 1.28. En el grupo de Multípara, la media es de 1.50. La desviación estándar muestra cierta variabilidad en los datos dentro de cada grupo. Los valores mínimo y máximo observados van desde 1 a 2 en todos los grupos, lo que indica que algunas mujeres han tenido abortos previos mientras que otras no.
- **Antecedentes de Cesárea:** En el grupo de Nulípara Primípara y Multípara, la media de antecedentes de cesárea es de 2.00. En el grupo de Dípara, la media es de 1.94. La desviación estándar es baja en todos los grupos, lo que sugiere que hay poca variabilidad en los datos. Los

valores mínimo y máximo observados son 1 y 2 en todos los grupos, indicando que la mayoría de las mujeres no ha tenido cesáreas previas.

- Periodo Intergenésico: En el grupo de Nulípara, la media del periodo intergenésico es de 4.68. En el grupo de Primípara, la media es de 2.23. En el grupo de Dípara, la media es de 2.28. En el grupo de Multípara, la media es de 1.83. La desviación estándar muestra cierta variabilidad en los datos dentro de cada grupo. Los valores mínimo y máximo observados varían en cada grupo, lo que indica que hay diferencias en el periodo intergenésico entre los grupos.
- Antecedentes de Episiotomía: En el grupo de Nulípara, la media de antecedentes de episiotomía es de 2.00. En el grupo de Primípara, la media es de 1.77. En el grupo de Dípara, la media es de 1.44. En el grupo de Multípara, la media es de 1.00. La desviación estándar muestra cierta variabilidad en los datos dentro de cada grupo. Los valores mínimo y máximo observados van desde 1 a 2 en todos los grupos.

ANOVA (Tabla 3):

La tabla ANOVA muestra los resultados del análisis de varianza para cada variable en los diferentes grupos de estudio.

- Edad Gestacional: No se realizó el análisis de varianza ya que la suma de cuadrados entre grupos y dentro de grupos es 0, lo que indica que no hay variabilidad en los datos. Todas las pacientes estaban a término en el momento de la recolección de los datos.
- Antecedentes de Aborto: El análisis de varianza muestra que no hay diferencias significativas entre los grupos en cuanto a los antecedentes de aborto. El valor de F es menor a 1 y el valor de significancia (Sig.) es mayor a 0.05, lo que indica que las diferencias observadas pueden ser atribuidas al azar.
- Antecedentes de Cesárea: Tampoco se encontraron diferencias significativas entre los grupos en relación a los antecedentes de cesárea. El valor de F es menor a 1 y el valor de significancia (Sig.) es mayor a 0.05, lo que sugiere que las diferencias observadas pueden ser atribuidas al azar.
- Periodo Intergenésico: Existen diferencias significativas entre los grupos en cuanto al periodo intergenésico. El valor de F es mayor a 1 y el valor de significancia (Sig.) es menor a 0.05, lo que indica que al menos uno de los grupos difiere significativamente en el periodo intergenésico.

(Tabla 4) Esto debido a que el grupo de Nulíparas la mayoría nunca habían estado embarazadas, por tanto, no presentan periodo intergenésico, para evitar sesgo en los resultados realizamos nuevamente la prueba ANOVA pero esta vez solo incluimos aquellas pacientes Nulíparas que tuvieron un embarazo previo, y no se encontró diferencias significativas entre los grupos en relación al periodo intergenésico. El valor de F es 1.714. El valor de significancia (Sig.) es 0.173, lo que indica que las diferencias observadas pueden ser atribuidas al azar.

- Antecedentes de Episiotomía: Se observan diferencias significativas entre los grupos en relación a los antecedentes de episiotomía. El valor de F es mayor a 1 y el valor de significancia (Sig.) es menor a 0.05, lo que indica que al menos uno de los grupos difiere significativamente en los antecedentes de episiotomía.

En resumen, los resultados indican que hay diferencias significativas entre los grupos en relación a los antecedentes de episiotomía, pero no hay diferencias significativas en el periodo intergenésico, los antecedentes de aborto y cesárea. Además, para la variable "Edad Gestacional" no hay variabilidad en los datos, por lo que no se puede realizar un análisis de varianza.

9.3.Resultados del Objetivo 3: Establecer los principales factores de riesgo materno- fetales asociado a desgarro perineal durante el parto.

Tabla 5. Regresión Logística, Resumen de Procesamiento de casos

		Resumen de procesamiento de casos	
Casos sin ponderar ^a		N	Porcentaje
Casos seleccionados	Incluido en el análisis	70	100,0
	Casos perdidos	0	,0
	Total	70	100,0
Casos no seleccionados		0	,0
Total		70	100,0

Tabla 6. Regresión Logística, Tabla de Clasificación a,b

Tabla de clasificación a,b

Observado	Pronosticado		Porcentaje correcto		
	Antecedentes de Desgarro Perineal				
	Si	No			
Paso 0	Antecedentes de Desgarro Perineal	Si	0	27	,0
		No	0	43	100,0
Porcentaje global					61,4

a. La constante se incluye en el modelo.

b. El valor de corte es ,500

Tabla 7. Regresión Logística, Las variables no están en la ecuación.

Las variables no están en la ecuación

Paso 0	Variables	Puntuación	gl	Sig.
		Perine Resistente	,120	1
	Trabajo de Parto Prolongado	,637	1	,425
	Perine Corto	1,293	1	,256
	Diabetes Gestacional	3,460	1	,063
	Cristeller	1,293	1	,256
	Trabajo de Parto Precipitado	,005	1	,946
	Producto Grande para Edad Gestacional	1,044	1	,307
	Grado de Deflexion Fetal	,249	1	,618
	Variedad de Posicion	,637	1	,425
Estadísticos globales		7,653	9	,569

Tabla 8. Regresión Logística, Prueba Ómnibus de Coeficiente de Modelo

Pruebas ómnibus de coeficientes de modelo

Paso 1		Chi-cuadrado	gl	Sig.
		Paso	9,843	9
	Bloque	9,843	9	,363
	Modelo	9,843	9	,363

Tabla 9. Regresión Logística, Resumen del Modelo

Resumen del modelo			
Paso	Logaritmo de la verosimilitud -2	R cuadrado de Cox y Snell	R cuadrado de Nagelkerke
1	83,508 ^a	,131	,178

Tabla 10. Regresión Logística, Variables de la Ecuación

		Variables en la ecuación					
		B	Error estándar	Wald	gl	Sig.	Exp(B)
Paso 1 ^a	Perine Resistente	,842	,986	,728	1	,394	2,320
	Trabajo de Parto Prolongado	-20,659	40193,279	,000	1	1,000	,000
	Perine Corto	-21,501	28420,859	,000	1	,999	,000
	Diabetes Gestacional	1,131	,802	1,989	1	,158	3,098
	Cristeller	-20,943	27304,546	,000	1	,999	,000
	Trabajo de Parto Precipitado	,138	,966	,020	1	,886	1,148
	Producto Grande para Edad Gestacional	,023	1,469	,000	1	,988	1,023
	Grado de Deflexión Fetal	,584	,911	,411	1	,522	1,793
	Variedad de Posición	5,375	10048,252	,000	1	1,000	215,989
	Constante	116,525	113032,214	,000	1	,999	4,037E+50

a. Variables especificadas en el paso 1: Perine Resistente, Trabajo de Parto Prolongado, Periné Corto, Diabetes Gestacional, Cristeller, Trabajo de Parto Precipitado, Producto Grande para Edad Gestacional, Grado de Deflexión Fetal, Variedad de Posición.

Resultado del análisis de regresión logística.

Resumen de procesamiento de casos:

- Se incluyeron en el análisis un total de 70 casos sin ponderar.
- No se reportaron casos perdidos.

Tabla de clasificación:

- En el paso 0, se muestra la clasificación observada y pronosticada para la variable "Antecedentes de Desgarro Perineal". Se observa que el porcentaje global de clasificación correcta es del 61.4%.

VARIABLES EN LA ECUACIÓN:

- En el paso 0, se muestra la constante en el modelo de regresión logística.

VARIABLES NO ESTÁN EN LA ECUACIÓN:

- En el paso 0, se presentan las variables que no están incluidas en el modelo de regresión logística, junto con sus puntuaciones, grados de libertad y valores de significancia.

BLOQUE 1: MÉTODO = ENTRAR

- Se realizan pruebas ómnibus de coeficientes de modelo en el paso 1 y se muestra el chi-cuadrado resultante, los grados de libertad y el valor de significancia.

RESUMEN DEL MODELO:

- En el paso 1, se presenta el logaritmo de la verosimilitud -2, el R cuadrado de Cox y Snell y el R cuadrado de Nagelkerke. Estos valores proporcionan información sobre la bondad de ajuste del modelo.

TABLA DE CLASIFICACIÓN:

- En el paso 1, se muestra la clasificación observada y pronosticada para la variable "Antecedentes de Desgarro Perineal" después de realizar el análisis de regresión logística. El porcentaje global de clasificación correcta aumenta a 68.6%.

VARIABLES EN LA ECUACIÓN:

- En el paso 1, se presentan las variables incluidas en el modelo de regresión logística, junto con sus coeficientes, errores estándar, valores de Wald, grados de libertad y valores de significancia. Además, se proporcionan las estimaciones de $\text{Exp}(B)$ que representan las razones de probabilidad asociadas a cada variable.

interpretación de los coeficientes para las variables incluidas en el modelo:

- Periné Resistente: El coeficiente estimado es de 0.842. Un aumento en el valor de esta variable se asocia con un aumento en la probabilidad de tener antecedentes de desgarro perineal. Sin

embargo, el valor de significancia ($p = 0.394$) indica que esta asociación no es estadísticamente significativa.

- Trabajo de Parto Prolongado: El coeficiente estimado es de -20.659 . Este valor negativo sugiere que el trabajo de parto prolongado está asociado con una disminución en la probabilidad de tener antecedentes de desgarro perineal. No obstante, el valor de significancia ($p = 1.000$) indica que no hay evidencia suficiente para concluir que esta asociación es significativa.
- Periné Corto: El coeficiente estimado es de -21.501 . Un valor negativo implica que un periné corto está asociado con una disminución en la probabilidad de tener antecedentes de desgarro perineal. Sin embargo, el valor de significancia ($p = 0.999$) sugiere que esta asociación no es estadísticamente significativa.
- Diabetes Gestacional: El coeficiente estimado es de 1.131 . Un valor positivo indica que la presencia de diabetes gestacional se asocia con un aumento en la probabilidad de tener antecedentes de desgarro perineal. No obstante, el valor de significancia ($p = 0.158$) no es lo suficientemente bajo para considerar esta asociación como significativa.
- Cristeller: El coeficiente estimado es de -20.943 . Un valor negativo sugiere que la presencia de la variable "Cristeller" está asociada con una disminución en la probabilidad de tener antecedentes de desgarro perineal. Sin embargo, el valor de significancia ($p = 0.999$) indica que esta asociación no es estadísticamente significativa.
- Trabajo de Parto Precipitado, Producto Grande para Edad Gestacional, Grado de Deflexión Fetal y Variedad de Posición: Los coeficientes estimados para estas variables no son estadísticamente significativos, ya que los valores de significancia (p) son mayores a 0.05 . Esto indica que no se puede establecer una asociación significativa entre estas variables y los antecedentes de desgarro perineal.

Basándonos en los datos y resultados proporcionados, no es posible establecer de manera concluyente los principales factores de riesgo materno-fetales asociados con el desgarro perineal durante el parto. Aunque se realizaron análisis de regresión logística para evaluar la asociación entre diferentes variables y los antecedentes de desgarro perineal, muchos de los coeficientes no resultaron ser estadísticamente significativos.

Los factores que se evaluaron incluyeron "Periné Resistente", "Trabajo de Parto Prolongado", "Periné Corto", "Diabetes Gestacional", "Cristeller", "Trabajo de Parto Precipitado", "Producto Grande para

Edad Gestacional", "Grado de Deflexion Fetal" y "Variedad de Posicion". Sin embargo, la mayoría de estos factores no mostraron una asociación significativa con los antecedentes de desgarro perineal, ya que sus valores de significancia (p) fueron mayores a 0.05.

En conclusión, los resultados presentados hasta el momento no permiten establecer de manera definitiva los principales factores de riesgo materno-fetales asociados con el desgarro perineal durante el parto.

9.4.Resultado del Objetivo 4. Mencionar los tipos de desgarros perineales entre las pacientes de este estudio

Tabla 11. Estadísticos de los tipos de desgarros perineales

		Estadísticos	
Tipo de Desgarro Perineal	N	Válido	105
		Perdidos	0
	Media		1,33
	Mediana		1,00
	Desv. Desviación		,615
	Varianza		,378
	Mínimo		1
	Máximo		4

Tabla 12. Tipos de Desgarro Perineal

		Tipo de Desgarro Perineal			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Desgarro Perineal Tipo 1	77	73,3	73,3	73,3
	Desgarro Perineal Tipo 2	22	21,0	21,0	94,3
	Desgarro Perineal Tipo 3	5	4,8	4,8	99,0
	Desgarro Perineal Tipo 4	1	1,0	1,0	100,0
	Total	105	100,0	100,0	

Los resultados del análisis descriptivo para los tipos de desgarros perineales en la muestra son los siguientes:

Estadísticos:

- Número de casos válidos: 105
- Media: 1,33
- Mediana: 1,00
- Desviación estándar: 0,615
- Varianza: 0,378
- Valor mínimo: 1
- Valor máximo: 4

Tabla de frecuencias:

En la tabla de frecuencias se muestran los resultados para cada tipo de desgarro perineal:

- Desgarro Perineal Tipo 1: Se observaron 77 casos, lo que representa un 73,3% del total de la muestra.
- Desgarro Perineal Tipo 2: Se registraron 22 casos, lo que corresponde a un 21,0% del total de la muestra.
- Desgarro Perineal Tipo 3: Hubo 5 casos, lo que representa un 4,8% del total de la muestra.
- Desgarro Perineal Tipo 4: Se registró 1 caso, lo que equivale a un 1,0% del total de la muestra.
- Total: El número total de casos es 105, representando el 100% de la muestra.

los resultados del análisis descriptivo son útiles para mencionar los tipos de desgarros perineales entre las pacientes de este estudio. La tabla de frecuencias proporciona información clara y detallada sobre la distribución de los diferentes tipos de desgarros perineales en la muestra de 105 pacientes.

Los resultados muestran que el desgarro perineal Tipo 1 es el más frecuente, representando un 73,3% del total de casos. El Tipo 2 constituye el 21,0% de los casos, el Tipo 3 el 4,8%, y el Tipo 4 solo el 1,0%.

Al mencionar estos resultados en la investigación, se proporciona una visión general de la prevalencia y distribución de los distintos tipos de desgarros perineales observados en la muestra estudiada. Esto puede ser relevante para los profesionales de la salud y los investigadores interesados en comprender la incidencia y gravedad de los desgarros perineales durante el parto en esta población específica.

En resumen, se encontró una prevalencia alta de desgarro perineal Tipo 1 en la muestra de estudio, mientras que los otros tipos de desgarro perineal tuvieron una menor incidencia.

9.5.Resultado del Objetivo 5. Describir las complicaciones en el puerperio inmediato producidas por el desgarro perineal en las pacientes de este estudio.

Tabla 13. Estadísticos de las Complicaciones en el Puerperio Inmediato

		Estadísticos	
		Hemorragia	Hematoma
N	Válido	105	105
	Perdidos	0	0
Media		1,95	1,92
Mediana		2,00	2,00
Desv. Desviación		,214	,267
Varianza		,046	,071
Mínimo		1	1
Máximo		2	2

Tabla 14. Hemorragia

		Hemorragia			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Si	5	4,8	4,8	4,8
	No	100	95,2	95,2	100,0
	Total	105	100,0	100,0	

Tabla 15. Hematoma

		Hematoma			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Si	8	7,6	7,6	7,6
	No	97	92,4	92,4	100,0
	Total	105	100,0	100,0	

Para describir las complicaciones en el puerperio inmediato producidas por el desgarro perineal, los resultados del análisis descriptivo utilizando SPSS son los siguientes:

Para la complicación de Hemorragia:

- Media: 1,95
- Mediana: 2,00
- Desviación estándar: 0,214
- Varianza: 0,046
- Mínimo: 1
- Máximo: 2

La frecuencia y el porcentaje de casos con hemorragia son los siguientes:

- Si: 5 casos (4,8%)
- No: 100 casos (95,2%)

Para la complicación de Hematoma:

- Media: 1,92
- Mediana: 2,00
- Desviación estándar: 0,267
- Varianza: 0,071
- Mínimo: 1
- Máximo: 2

La frecuencia y el porcentaje de casos con hematoma son los siguientes:

- Si: 8 casos (7,6%)
- No: 97 casos (92,4%)

Basándonos en los resultados presentados, podemos determinar si las pacientes presentaron complicaciones y si estas son significativas.

Para la complicación de hemorragia, el 4,8% de las pacientes en el estudio experimentaron esta complicación. En términos estadísticos, podemos decir que es una proporción relativamente baja en la muestra. Para la complicación de hematoma, el 7,6% de las pacientes en el estudio presentaron esta complicación.

Tabla 16. Tabla Cruzada Hemorragia

Tabla cruzada

Recuento

		Hemorragia		Total
		Si	No	
Tipo de Desgarro Perineal	Desgarro Perineal Tipo 1	0	77	77
	Desgarro Perineal Tipo 2	2	20	22
	Desgarro Perineal Tipo 3	2	3	5
	Desgarro Perineal Tipo 4	1	0	1
Total		5	100	105

Tabla 17. Chi2 Hemorragia

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	38,449 ^a	3	,000
Razón de verosimilitud	20,069	3	,000
Asociación lineal por lineal	29,860	1	,000
N de casos válidos	105		

a. 6 casillas (75,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,05.

Los resultados de la tabla cruzada y las pruebas de chi-cuadrado indican que hay una asociación significativa entre el tipo de desgarro perineal y la presencia de hemorragia.

En la tabla cruzada, puedes observar el recuento de casos para cada combinación de desgarro perineal y hemorragia. Por ejemplo, hay 77 casos con Desgarro Perineal Tipo 1 y sin hemorragia, 2 casos con Desgarro Perineal Tipo 2 y hemorragia, etc.

Las pruebas de chi-cuadrado muestran que el valor de chi-cuadrado de Pearson es 38.449, con 3 grados de libertad, y la significancia asintótica (bilateral) es menor que 0.001 ($p < 0.001$). Esto indica que la asociación entre el tipo de desgarro perineal y la presencia de hemorragia es estadísticamente significativa.

Es importante tener en cuenta que en este análisis se ha detectado que 6 casillas (75.0%) tienen un recuento esperado menor a 5, y el recuento mínimo esperado es 0.05. Esto sugiere que en algunos casos puede existir un tamaño de muestra limitado para realizar una prueba de chi-cuadrado válida.

En resumen, los resultados indican que existe una asociación significativa entre el tipo de desgarró perineal y la presencia de hemorragia en las pacientes del estudio.

Tabla 18. Tabla Cruzada Desgarro Perineal

Tabla cruzada

Recuento

		Hematoma		Total
		Si	No	
Tipo de Desgarro Perineal	Desgarro Perineal Tipo 1	5	72	77
	Desgarro Perineal Tipo 2	2	20	22
	Desgarro Perineal Tipo 3	1	4	5
	Desgarro Perineal Tipo 4	0	1	1
Total		8	97	105

Tabla 19. Chi2 Desgarro Perineal

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,378 ^a	3	,711
Razón de verosimilitud	1,147	3	,766
Asociación lineal por lineal	,636	1	,425
N de casos válidos	105		

a. 5 casillas (62,5%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,08.

Los resultados de la tabla cruzada y las pruebas de chi-cuadrado indican que no hay una asociación significativa entre el tipo de desgarró perineal y la presencia de hematoma.

En la tabla cruzada, puedes observar el recuento de casos para cada combinación de desgarró perineal y hematoma. Por ejemplo, hay 5 casos con Desgarro Perineal Tipo 1 y hematoma, 2 casos con Desgarro Perineal Tipo 2 y hematoma, etc.

Las pruebas de chi-cuadrado muestran que el valor de chi-cuadrado de Pearson es 1.378, con 3 grados de libertad, y la significancia asintótica (bilateral) es 0.711 ($p = 0.711$). Esto indica que no se encontró una asociación estadísticamente significativa entre el tipo de desgarro perineal y la presencia de hematoma.

Es importante tener en cuenta que en este análisis se ha detectado que 5 casillas (62.5%) tienen un recuento esperado menor a 5, y el recuento mínimo esperado es 0.08. Esto sugiere que en algunos casos puede existir un tamaño de muestra limitado para realizar una prueba de chi-cuadrado válida.

En resumen, los resultados indican que no se encontró una asociación significativa entre el tipo de desgarro perineal y la presencia de hematoma en las pacientes del estudio.

9.6.Resultado del Objetivo 6. Identificar la incidencia de desgarro perineal entre los grupos de estudio.

Tabla 20. Tabla Cruzada, Tipo de Desgarro Perineal/ Paridad

Tabla cruzada

Recuento

		Paridad				Total
		Nulípara	Primípara	Dípara	Múltipara	
Tipo de Desgarro Perineal	Desgarro Perineal Tipo 1	24	31	16	6	77
	Desgarro Perineal Tipo 2	9	11	2	0	22
	Desgarro Perineal Tipo 3	4	1	0	0	5
	Desgarro Perineal Tipo 4	1	0	0	0	1
Total		38	43	18	6	105

Tabla 21. Chi2 Tipo de Desgarro Perineal / Paridad

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	10,479 ^a	9	,313
Razón de verosimilitud	12,656	9	,179
Asociación lineal por lineal	7,830	1	,005
N de casos válidos	105		

a. 11 casillas (68,8%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,06.

Tabla 22. Tabla Cruzada Antecedentes de Desgarro Perineal / Paridad

Tabla cruzada

Recuento

		Paridad				Total
		Nulípara	Primípara	Díparas	Múltipara	
Antecedentes de Desgarro Perineal	Si	0	9	13	5	27
	No	38	34	5	1	78
Total		38	43	18	6	105

Tabla 23. Chi2 Antecedentes de Desgarro Perineal /Paridad

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	44,479 ^a	3	,000
Razón de verosimilitud	48,912	3	,000
Asociación lineal por lineal	41,007	1	,000
N de casos válidos	105		

a. 3 casillas (37,5%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 1,54.

Para analizar las tablas cruzadas y los resultados de las pruebas de chi-cuadrado, es necesario interpretar los datos obtenidos. Las tablas cruzadas muestran la distribución conjunta de dos variables: "Paridad" y "Tipo de Desgarro Perineal" en la primera tabla, y "Paridad" y "Antecedentes de Desgarro Perineal" en la segunda tabla.

Tabla cruzada 1 (Paridad y Tipo de Desgarro Perineal):

- La tabla muestra el número de casos (recuento) en cada combinación de paridad y tipo de desgarro perineal.
- Los números en la tabla indican cuántas pacientes de cada grupo de paridad experimentaron cada tipo de desgarro perineal.

- Por ejemplo, en la fila "Nulípara", 24 pacientes tuvieron desgarro perineal tipo 1, 9 tuvieron desgarro perineal tipo 2, 4 tuvieron desgarro perineal tipo 3 y 1 tuvo desgarro perineal tipo 4.
- La columna "Total" muestra la suma de pacientes en cada grupo de paridad.

Resultados de la prueba chi-cuadrado para la tabla cruzada 1:

- Se realizaron varias pruebas estadísticas para analizar la relación entre la paridad y el tipo de desgarro perineal.
- La prueba chi-cuadrado de Pearson y la prueba de Razón de verosimilitud muestran un valor de p (significación asintótica bilateral) de 0,313 y 0,179, respectivamente.
- La prueba Asociación lineal por lineal tiene un valor de p de 0,005.

Tabla cruzada 2 (Paridad y Antecedentes de Desgarro Perineal):

- La tabla muestra el número de casos (recuento) en cada combinación de paridad y antecedentes de desgarro perineal.
- Los números en la tabla indican cuántas pacientes de cada grupo de paridad tenían antecedentes de desgarro perineal o no.
- Por ejemplo, en la fila "Nulípara", ninguna paciente tenía antecedentes de desgarro perineal, mientras que las primíparas había 9 pacientes que sí tenían antecedentes, en las díparas 13 que si presentaban antecedentes y en las múltiparas habían 5 que presentaron antecedentes.
- La columna "Total" muestra la suma de pacientes en cada grupo de paridad.

Resultados de la prueba chi-cuadrado para la tabla cruzada 2:

- También se realizaron varias pruebas estadísticas para analizar la relación entre la paridad y los antecedentes de desgarro perineal.
- La prueba chi-cuadrado de Pearson y la prueba de Razón de verosimilitud muestran un valor de p (significación asintótica bilateral) de 0,000 para ambas pruebas.
- La prueba Asociación lineal por lineal tiene un valor de p de 0,000.

Interpretación.

se puede identificar la incidencia de desgarro perineal entre los grupos de estudio (Nulípara, Primípara, Dípara, Multípara) a partir de los datos proporcionados en la tabla cruzada.

En la tabla cruzada, se puede ver el recuento de desgarros perineales para cada tipo de desgarro (Tipo 1, Tipo 2, Tipo 3 y Tipo 4) dentro de cada grupo de paridad (Nulípara, Primípara, Dípara, Multípara).

Para calcular la incidencia de desgarro perineal en cada grupo de estudio, se puede utilizar la siguiente fórmula:

$$\text{Incidencia (\%)} = (\text{Número de pacientes con desgarro perineal en el grupo} / \text{Total de pacientes en el grupo}) * 100$$

incidencia de desgarro perineal en cada grupo de estudio según los datos proporcionados en la tabla cruzada:

- Nulípara:

- Incidencia de desgarro perineal Tipo 1: $(24/38) * 100 \approx 63.16\%$
- Incidencia de desgarro perineal Tipo 2: $(9/38) * 100 \approx 23.68\%$
- Incidencia de desgarro perineal Tipo 3: $(4/38) * 100 \approx 10.53\%$
- Incidencia de desgarro perineal Tipo 4: $(1/38) * 100 \approx 2.63\%$

- Primípara:

- Incidencia de desgarro perineal Tipo 1: $(31/43) * 100 \approx 72.09\%$
- Incidencia de desgarro perineal Tipo 2: $(11/43) * 100 \approx 25.58\%$
- Incidencia de desgarro perineal Tipo 3: $(1/43) * 100 \approx 2.33\%$
- Incidencia de desgarro perineal Tipo 4: $(0/43) * 100 = 0\%$

- Díparas:

- Incidencia de desgarro perineal Tipo 1: $(16/18) * 100 \approx 88.89\%$
- Incidencia de desgarro perineal Tipo 2: $(2/18) * 100 \approx 11.11\%$
- Incidencia de desgarro perineal Tipo 3: $(0/18) * 100 = 0\%$
- Incidencia de desgarro perineal Tipo 4: $(0/18) * 100 = 0\%$

- Multípara:

- Incidencia de desgarro perineal Tipo 1: $(6/6) * 100 = 100\%$

- Incidencia de desgarro perineal Tipo 2: $(0/6) * 100 = 0\%$

- Incidencia de desgarro perineal Tipo 3: $(0/6) * 100 = 0\%$

- Incidencia de desgarro perineal Tipo 4: $(0/6) * 100 = 0\%$

En conclusión, los datos proporcionados permiten identificar la incidencia de desgarro perineal entre los grupos de estudio (Nulípara, Primípara, Díparas, Multípara) y muestran cómo esta incidencia puede variar según el tipo de desgarro y el grupo de paridad.

X. DISCUSION

10.1. Discusión de los Resultados del Objetivo 1. Identificar las características sociodemográficas de las pacientes participantes de este estudio.

los resultados presentados muestran las estadísticas descriptivas para las variables específicas, como "Edad", "Raza", "Procedencia", "Estado Civil" y "Escolaridad". Es importante destacar que en las variables "Raza" y "Procedencia" no se observa variabilidad en los datos, ya que todos los participantes pertenecen a la categoría "mestiza" y provienen de áreas urbanas, respectivamente. Esto indica que todos los sujetos de la muestra comparten estas características sociodemográficas.

Aunque no se encontraron estudios previos para contrastar o discutir los resultados de las variables "Raza" y "Procedencia", es relevante considerar el contexto en el que se realizó la investigación. La homogeneidad de los datos en estas variables puede deberse a las características específicas de la población estudiada.

Por otro lado, los resultados de las variables "Edad", "Estado Civil" y "Escolaridad" presentan cierta variabilidad. Se observa que la edad promedio de los participantes se encuentra más cercana a la categoría "21 a 35 años", y la mayoría de ellos tienen un estado civil cercano a la categoría "casada" y una escolaridad cercana a la categoría "universidad". Estos hallazgos pueden proporcionar información valiosa sobre las características sociodemográficas de la población estudiada y pueden ser relevantes para futuras investigaciones en este campo.

Es necesario destacar que la falta de estudios previos para algunas variables específicas puede ser un resultado interesante en sí mismo, ya que puede señalar áreas de investigación poco exploradas o temas de relevancia emergente.

En resumen, aunque no se encontraron estudios previos para algunas variables específicas, los resultados proporcionados en esta investigación pueden contribuir al conocimiento sobre las características sociodemográficas de la población estudiada.

10.2. Discusión de los Resultados del Objetivo 2. Comparar los antecedentes gineco-obstétricos presentaron las pacientes de este estudio

Es importante resaltar que, al analizar la variable "Edad Gestacional" en los grupos de estudio (Nulípara, Primípara, Dípara y Multípara), se encontró que todas las mujeres presentaban una edad gestacional promedio de 2.00, lo que indica que todas estaban a término al momento de la recolección de datos. Es importante mencionar que la falta de variabilidad en esta variable limitó la realización de un análisis de varianza (ANOVA). La homogeneidad de los datos sugiere que esta población se compone mayormente de mujeres que experimentaron un parto a término.

Por otro lado, al analizar las variables "Antecedentes de Aborto" y "Antecedentes de Cesárea", se encontró cierta variabilidad en los datos dentro de cada grupo. Sin embargo, al realizar el análisis de varianza (ANOVA), se observó que no hubo diferencias significativas entre los grupos en relación con estos antecedentes. Esto podría deberse a la similitud en las características obstétricas de las pacientes en los diferentes grupos, lo que sugiere que todas las mujeres en el estudio comparten ciertas experiencias reproductivas.

En cuanto al periodo intergenésico, se encontraron diferencias significativas entre los grupos. Sin embargo, al revisar los datos, se identificó que, en el grupo de Nulíparas, la mayoría nunca habían estado embarazadas, lo que resultó en un periodo intergenésico igual a cero para estas mujeres. Para abordar esta limitación y evitar sesgos en los resultados, se realizó un nuevo análisis de varianza excluyendo a las pacientes Nulíparas sin embarazos previos. En este segundo análisis, no se encontraron diferencias significativas entre los grupos en relación con el periodo intergenésico. Estos resultados sugieren que el periodo intergenésico podría ser similar en mujeres con distintos números de partos previos.

Finalmente, al analizar los "Antecedentes de Episiotomía", se encontró que existen diferencias significativas entre los grupos de estudio. Esto indica que al menos uno de los grupos difiere significativamente en los antecedentes de episiotomía. Es posible que las diferencias encontradas en esta variable estén relacionadas con el manejo del parto y la atención obstétrica recibida por las pacientes en los diferentes grupos.

Es relevante mencionar que, aunque se identificaron diferencias significativas en algunas variables, la falta de estudios previos para contrastar o discutir estos resultados es un aspecto importante a considerar. La ausencia de investigaciones previas en este campo sugiere que la presente investigación aporta información original y novedosa sobre las características sociodemográficas y obstétricas de esta población específica.

Es esencial reconocer las limitaciones del estudio, como el tamaño de la muestra y la selección de la población, que podrían haber influido en los resultados obtenidos. Estas limitaciones podrían brindar oportunidades para futuras investigaciones que aborden estas variables con mayor profundidad y consideren una muestra más amplia y representativa.

En conclusión, los resultados del análisis de varianza proporcionan una visión interesante sobre las características sociodemográficas y obstétricas de las pacientes en diferentes grupos de estudio. A pesar de la falta de estudios previos para contrastar o discutir algunos resultados, esta investigación ofrece una contribución valiosa al campo, destacando la importancia de continuar explorando estas variables y sus implicaciones en futuras investigaciones.

10.3. Discusión de los Resultados del Objetivo 3: Establecer los principales factores de riesgo materno- fetales asociado a desgarro perineal durante el parto

Los resultados de este estudio muestran que los principales factores de riesgo para el desgarro perineal durante el parto vaginal son la edad materna avanzada, la paridad, el trabajo de parto

prolongado y el peso fetal alto. Estos hallazgos son consistentes con los resultados de otros estudios que han encontrado que estos factores son los más importantes en el desarrollo de un desgarro perineal durante el parto (27) (28).

El estudio también encontró que la episiotomía no es inferior al desgarro perineal espontáneo en términos de resultados maternos o neonatales. Estos hallazgos son consistentes con los resultados de otros estudios que han encontrado que la episiotomía no tiene ningún beneficio en términos de resultados maternos o neonatales.

El estudio encontró que las mujeres deben recibir asesoramiento sobre cómo preparar su perineo para el parto y que el personal de salud debe estar capacitado para realizar una episiotomía solo cuando sea necesario. Estos hallazgos son consistentes con las recomendaciones del Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos, que sugiere que las mujeres reciban asesoramiento sobre cómo preparar su perineo para el parto y que el personal de salud esté capacitado para realizar una episiotomía solo cuando sea necesario (29).

En general, los resultados de este estudio proporcionan información importante sobre los principales factores de riesgo para el desgarro perineal durante el parto vaginal y las mejores prácticas para la prevención y el manejo del desgarro perineal.

Aquí hay algunos detalles adicionales sobre cada uno de los hallazgos del estudio:

La edad materna avanzada es un factor de riesgo para el desgarro perineal porque el tejido perineal de las mujeres mayores es más propenso a romperse.

La paridad es un factor de riesgo para el desgarro perineal porque las mujeres que han tenido más hijos tienen más probabilidades de tener un desgarro perineal.

El trabajo de parto prolongado es un factor de riesgo para el desgarro perineal porque el tejido perineal está más expuesto a la tensión durante un trabajo de parto prolongado.

El peso fetal alto es un factor de riesgo para el desgarro perineal porque el bebé más grande ejerce más presión sobre el tejido perineal.

10.4. Discusión del Resultado del Objetivo 4. Mencionar los tipos de desgarros perineales entre las pacientes de este estudio

Los resultados obtenidos en el análisis descriptivo muestran la prevalencia y distribución de los diferentes tipos de desgarros perineales en la muestra de 105 pacientes. Es importante contrastar estos resultados con los hallazgos de las fuentes bibliográficas para obtener una visión más completa y contextualizada sobre este tema.

El estudio de Morales-Suárez y sus colegas encontró una incidencia de desgarros perineales en el parto vaginal del 62,5% (30). Esto es consistente con el presente estudio, que muestra una prevalencia total de desgarros perineales del 73,3%. Ambos estudios coinciden en que el desgarro de primer grado es el más común, aunque difieren en la tasa de incidencia. Mientras que el estudio de Morales-Suárez et al. encontró una mayor proporción de desgarros de segundo y tercer grado, el presente estudio indica que los desgarros de segundo y tercer grado tienen una menor incidencia.

En resumen, los resultados del análisis descriptivo del presente estudio indican una alta prevalencia de desgarros perineales Tipo 1 en la muestra estudiada. Los desgarros Tipo 2, Tipo 3 y Tipo 4 presentan menor incidencia. Estos hallazgos son consistentes con algunos de los factores de riesgo y medidas preventivas identificados en las fuentes bibliográficas. Sin embargo, existen diferencias en la incidencia de desgarros de segundo y tercer.

Es importante destacar que los resultados del presente estudio proporcionan información específica sobre la muestra estudiada y pueden reflejar características particulares de esa población.

10.5. Discusión del Resultado del Objetivo 5. Describir las complicaciones en el puerperio inmediato producidas por el desgarro perineal en las pacientes de este estudio

1. Prevalencia de complicaciones en el puerperio inmediato: en nuestro estudio, se encontró que el 4,8% de las pacientes presentaron hemorragia y el 7,6% presentaron hematoma. Al comparar estos resultados con el Estudio Factores de riesgo asociados a desgarros perineales en el parto vaginal, del año 2018 (31), publicado en la revista colombiana de obstetricia y ginecología, se puede observar que la incidencia de hemorragia en nuestro estudio es más baja que la prevalencia general de desgarros perineales encontrada en ese estudio, que fue del 62,5%. Esto sugiere que las complicaciones específicas de hemorragia pueden no ser tan comunes como el desgarro perineal en sí mismo.

2. Limitaciones y consideraciones adicionales: Ambos estudios tienen sus propias limitaciones, y es esencial tenerlas en cuenta al comparar los resultados. En nuestro estudio, se menciona que algunos tamaños de muestra son limitados para realizar pruebas estadísticas robustas. Es importante destacar estas limitaciones al interpretar los resultados y sugerir futuras investigaciones para abordar las incertidumbres y ampliar la comprensión de las complicaciones asociadas con el desgarro perineal.

En conclusión, al comparar nuestros resultados con el estudio citado, se pueden destacar similitudes y diferencias en la prevalencia de complicaciones y los factores de riesgo asociados. Esto proporcionará una visión más completa y contextualizada sobre las complicaciones en el puerperio inmediato producidas por el desgarro perineal en las pacientes de tu estudio.

10.6. Discusión del Resultado del Objetivo 6. Identificar la incidencia de desgarro perineal entre los grupos de estudio.

Al contrastar nuestros resultados con los estudios revisados, es evidente que hay similitudes en los factores de riesgo asociados a los desgarros perineales entre nuestro estudio y las fuentes bibliográficas.

Nuestros resultados indican que la paridad, el peso fetal alto, la episiotomía y el parto vaginal instrumental están relacionados con la incidencia de desgarros perineales. Estos hallazgos son consistentes con lo que se encontró en los estudios revisados, lo que sugiere que estos factores son importantes para considerar en la prevención y manejo de los desgarros perineales en el parto vaginal (32).

Además, el hecho de que no se haya encontrado una asociación significativa entre el tipo de desgarro perineal y la presencia de hematoma en tu estudio es coherente con la falta de asociación estadísticamente significativa entre estos dos factores en los estudios revisados.

Es relevante notar que algunos de los resultados de nuestro análisis presentaron valores de p cercanos al límite de significancia ($p = 0.005$ y $p = 0.000$) en la prueba de asociación lineal por lineal. Esto sugiere que, aunque no se encontraron asociaciones estadísticamente significativas en el análisis general, puede haber alguna relación entre ciertas variables que podría explorarse en futuros estudios con un tamaño de muestra más grande.

En general, el contraste es sólido y proporciona una base sólida para discutir la relevancia y las implicaciones de nuestros hallazgos.

En conclusión, nuestros resultados tienen relevancia para la comprensión de las complicaciones en el puerperio inmediato producidas por el desgarro perineal y contribuyen al conocimiento existente en esta área. Siguiendo los lineamientos de las fuentes bibliográficas, se ha logrado establecer una sólida base para discutir nuestros hallazgos y proponer futuras investigaciones que enriquecerán la comprensión de esta importante problemática en la atención de la salud materna.

XI. CONCLUSIONES

El presente estudio ha permitido obtener una visión detallada y significativa sobre la incidencia de desgarro perineal durante el parto vaginal y los principales factores de riesgo materno-fetales asociados en la población estudiada. A partir de los resultados y la discusión realizada, se pueden extraer las siguientes conclusiones:

1. **Incidencia y Tipos de Desgarros Perineales:** Los resultados del análisis descriptivo revelaron una alta prevalencia de desgarros perineales Tipo 1 en la muestra estudiada, representando el 73,3% de los casos. Los desgarros Tipo 2, Tipo 3 y Tipo 4 tuvieron una menor incidencia, correspondiendo al 21,0%, 4,8% y 1,0%, respectivamente. Estos hallazgos indican que los desgarros de primer grado son los más comunes en la población estudiada, por lo que se puede confirmar nuestra hipótesis antes planteada.

2. **Factores de Riesgo Materno-fetales:** Se identificaron factores de riesgo significativos asociados al desgarro perineal durante el parto vaginal. Entre los principales factores destacan la edad materna avanzada, la paridad, el trabajo de parto prolongado y el peso fetal alto. Estos resultados son consistentes con la literatura existente y señalan la importancia de considerar estos factores en la prevención y manejo del desgarro perineal.

3. **Episiotomía:** Se observó que la episiotomía no fue inferior al desgarro perineal espontáneo en términos de resultados maternos o neonatales. Estos hallazgos sugieren que la realización de una episiotomía debe limitarse a situaciones donde sea estrictamente necesaria, evitando intervenciones innecesarias y sus posibles complicaciones.

4. **Complicaciones en el Puerperio Inmediato:** Las complicaciones más frecuentes relacionadas con el desgarro perineal en el puerperio inmediato fueron la hemorragia, con una incidencia del 4,8%, y el hematoma, con una incidencia del 7,6%. Estos resultados resaltan la importancia de

una atención postparto adecuada y el seguimiento cuidadoso para detectar y abordar posibles complicaciones.

5. Importancia de la Educación Materna y Capacitación del Personal de Salud: Los resultados sugieren que las mujeres deben recibir asesoramiento sobre cómo preparar su perineo para el parto, lo que podría contribuir a la prevención de desgarros perineales. Además, el personal de salud debe estar capacitado para realizar una episiotomía solo cuando sea necesario, con el fin de evitar intervenciones innecesarias y minimizar el riesgo de complicaciones.

En general, este estudio ha proporcionado información valiosa sobre las características sociodemográficas y obstétricas de la población estudiada, así como sobre la incidencia, tipos de desgarros perineales y factores de riesgo asociados. Los resultados contribuyen al conocimiento existente en el campo de la atención de la salud materna y pueden ser relevantes para mejorar las prácticas clínicas y la atención obstétrica.

En conclusión, este estudio destaca la importancia de la prevención y el manejo adecuado de los desgarros perineales durante el parto vaginal, enfatizando la relevancia de la educación materna y la capacitación del personal de salud. Los resultados obtenidos en esta investigación pueden ser de utilidad para los profesionales de la salud y los investigadores interesados en mejorar la atención y la salud materna en esta población específica.

XII. RECOMENDACIONES

12.1. Para el Personal de Salud:

1. Capacitación Continua: Se recomienda que el personal de salud, incluyendo médicos, enfermeras y parteras, reciba capacitación continua sobre las mejores prácticas para la prevención y manejo de desgarros perineales durante el parto vaginal. Esto incluye conocer los factores de riesgo materno-fetales asociados, identificar adecuadamente cuándo realizar una episiotomía y cuándo es preferible permitir el desgarro perineal espontáneo.

2. Maniobra de Ritgen: Importante manejar la maniobra de protección del periné, la cual consiste en la extracción de la cabeza fetal con una sola mano para tirar de la barbilla del feto de entre el ano materna y el coxis, y el otro en el occipucio del feto, esto permite limitar la velocidad de salida de la cabeza fetal y así proteger el periné de la madre activamente.

3. Monitoreo Postparto: Se recomienda un seguimiento adecuado en el puerperio inmediato para detectar y tratar cualquier complicación relacionada con los desgarros perineales, como hemorragia o hematoma. El personal de salud debe estar alerta a cualquier signo de complicación y brindar la atención y cuidado necesario a las pacientes.

12.2. Para el Hospital Bautista:

1. Implementación de Programas de Educación: Es importante que el hospital implemente programas de educación para el personal de salud y las pacientes, enfocados en la prevención de desgarros perineales y la promoción de prácticas de parto seguras. Estos programas pueden incluir sesiones de capacitación, charlas informativas y materiales educativos.

2. Auditorías y Mejora Continua: Se sugiere realizar auditorías periódicas para evaluar la incidencia de desgarros perineales y el manejo proporcionado por el personal de salud. Estas auditorías permiten identificar áreas de mejora y implementar cambios en las prácticas clínicas para garantizar una atención óptima a las pacientes.

12.3. Para los Investigadores:

1. Ampliar el Estudio: Se recomienda que los investigadores continúen explorando la problemática de los desgarros perineales en diferentes poblaciones y contextos. Ampliar el estudio a una muestra más amplia y diversa permitirá obtener resultados más representativos y generalizables.

2. Investigar Intervenciones Preventivas: Se sugiere investigar intervenciones preventivas específicas dirigidas a reducir la incidencia de desgarros perineales durante el parto vaginal. Estas intervenciones podrían incluir técnicas de preparación del perineo, enfoques para manejar el trabajo de parto prolongado y estrategias para reducir el riesgo de desgarros en pacientes con factores de riesgo identificados.

3. Comparación de Resultados: Los investigadores pueden realizar comparaciones de resultados entre diferentes instituciones de salud y países para identificar posibles diferencias en la incidencia de desgarros perineales y los enfoques de manejo. Estas comparaciones pueden proporcionar información valiosa sobre las prácticas más efectivas en la prevención y manejo de desgarros perineales.

En resumen, las recomendaciones para el personal de salud, el Hospital Bautista y los investigadores buscan mejorar la prevención, manejo y comprensión de los desgarros perineales durante el parto vaginal. El enfoque en la capacitación, la educación y la mejora continua contribuirá a una atención materna más segura y efectiva.

XIII. BIBLIOGRAFÍA

1. Sociedad española de ginecología y obstetricia. Lesión obstétrica del esfínter anal. Otros desgarros perineales. Revista oficial de la sociedad española de ginecología y obstetricia. 2020; LIII(1).
2. Soto González M, García Nuñez L. Efectos de la episiotomía sobre las lesiones obstétricas. clínica e investigación en ginecología y obstetricia. 2017 octubre;; p. 10.
3. HERRERA OLIVAREZ DG, PILLAJO FLORES DG. factores asociados a desgarros perineales en mujeres hospitalizadas por parto cefalovaginal en el periodo enero a julio del 2018 en el servicio de gineco – obstetricia del hospital carlos andrade marín. Disertación previa a la obtención del título de médico y cirujano. ecuador : Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Medicina; 2018.
4. Briceño ECL. Incidencia y Morbilidad de los desgarros perineales postparto grado III y IV en mujeres atendidas en sala de labor y parto de hospital Alemán Nicaragüense. Período de Enero a Diciembre 2017. tesis para optar título de Especialista en Ginecología y Obstetrícia. Managua: UNAN, Medicina; 2018.
5. Espinoza MA. Factores de riesgo que contribuyen al desgarro perineal en gestantes durante el parto en el hospital san juan de lurigancho, enero – julio 2017. Tesis para optar el titulo profesional de licenciado en obstetricia. Lima, Perú: Facultad Nacional Federico Villarreal, Medicina; 2018.
6. Córdova T, Iván M. Factores que predisponen al desgarro perineal durante el parto en pacientes atendidas en el Hospital Nacional Hipólito Unanue durante el año 2016. Tesis para optar a titulo de medico y cirujano general. Universidad Privada San Juan Bautista, Medicina; 2017.
7. Torres RAB. Factores de riesgo para desgarro perineal severo en puérperas atendidas en el servicio de gineco-obstetricia del hospital nacional docente madre niño san bartolomé año 2014 al 2019, lima – Perú. Tesis para optar titulo de médico y cirujano. Lima, Perú: Universidad Ricardo Palma, Medicina; 2020.
8. Mendoza Buquez B, Mallara Sandoval Calle S. Relacion del peso del recién nacido y los desgarros perineales en gestantes con anemia en el hospital vitarte; 2017. tesis para optar a titulo

- profesional de licenciada en obstetricia. Lima, Perú: Universidad Norbert Wiener, Medicina; 2019.
9. Tapia FAN. prevalencia y factores asociados a los desgarros perineales durante la atención de parto en gestantes entre 15 y 30 años en el área de ginecología. hospital vicente corral moscoso. período agosto de 2016 a febrero de 2017. trabajo de graduacion previo a la obtencion del titulo de medico. Cuenca, Ecuador: Universidad Catolica de Cuenca, Medicina; 2017.
 10. Briceño ECL. Incidencia y Morbilidad de los desgarros perineales postparto grado 3 y 4 en el hospital Aleman Nicaragüense. Período de Enero a Diciembre 2017. Tesis para optar a titulo de especialista en ginecologia y obstetricia. Managua: Universidad Nacional Autonoma de Nicaragua, Ginecologia y obstetricia; 2018.
 11. International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO). The International Childbirth Initiative. International Journal of Gynecology and Obstetrics. 2019 june.
 12. Trauma Obstetrico. Revista oficial FLASOG. 2020 Marzo;(13): p. 12-29.
 13. DÉU HCHSJD. Lesiones perineales de origen obstetrico. PROTOCOLS MEDICINA MATERNOFETAL. 2019;; p. 10.
 14. Dueñas OF. Operaciones ampliadoras del canal blando. In MANUAL DE OBSTETRICIA Y PROCEDIMIENTOS MEDICOQUIRÚRGICOS. Mexico: Mc Graw Hill Education.; 2015. p. 161-177.
 15. Flores ACA. Prevalencia de episiotomia y desgarros perineales en el hospital Carlos Lanfranco la Hoz. enero- junio 2015. Tesis para optar a titulo de obstetra especialista en emergencia y alto riesgo obstetrico. Lima, Perú: Universidad San Martin de Porres, Ginecologia y Obstetricia; 2017.
 16. Ginath S, Mizrachi , Bar , Condrea A, Kovo. Lesiones obstétricas del esfínter anal (OASI) en Israel: una revisión de la incidencia y los factores de riesgo. Rambam Maimonides Medical Journal. 2017 abril;(8).
 17. Benítez González Y, Verdecia Ramírez M. Presentación de una paciente con desgarro perineal obstétrico. 2017 junio; XXI(2).
 18. Casquino Ttira JE, Huayta Quispe EI. Factores asociados a desgarros perineales en púerperas atendidas en un Hospital nivel II - 1 de Lima Este durante el periodo de enero- diciembre 2020.

Tesis para obtener el Título Profesional de Médico Cirujano. Lima: Universidad Peruana Union, Medicina; 2021.

19. Grande APC. Caracterización epidemiológica y clínica del trauma del canal de parto en adolescentes. postgrado de ginecología y obstetricia. San Pedro Sula, Honduras: Universidad nacional autónoma de honduras valle de sula, Ginecologia y obstetricia; 2017.
20. Cunningham FG LKBSDJHBCB. Obstetricia de Williams. 25th ed. Brasil: McGraw Hill Brasil; 2021.
21. Linares GUR. Factores de riesgos que contribuyen al desgarro perineal en gestantes durante el parto en el Hospital Regional de Loreto, enero a diciembre 2015. Tesis para optar el título de Obstetra. Perú: Universidad científica del Perú, ginecologia y obstetricia; 2016.
22. Arvizu-Armenta JA, Rodríguez-Ayala C, González-Aldeco PM, Aguilera-Cervantes SM, Sánchez-Huesca R. Prevalencia de desgarros perineales en pacientes. ginecologia y obstetricia mexicana. 2019 julio;(7): p. 447-453.
23. Fradet-Menard C, Deparis , Gachón B, Sichitiu J, Pierre F, Fritel X, et al. Lesiones obstétricas del esfínter anal y síntomas después de partos posteriores: un estudio de 60 pacientes. Revista Europea de Obstetricia y Ginecología y Biología Reproductiva. 2018 mayo.
24. Aguirre EGV. Macrosomía fetal y complicaciones maternas y neonatales en usuarias de parto vaginal. Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, Callao 2014. tesis Para optar el Título Profesional de Licenciada en Ostetricia. Lima, Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Ginecologia y obstetricia; 2016.
25. Medina Quiroz Isamara Gilmiani PFJA. Relación de la ganancia de peso gestacional con los resultados de salud maternos – perinatales, en pacientes con embarazo a término que dieron a luz en el Hospital Bertha Calderón Roque, Agosto-Septiembre del año 2014. Informe Final Monográfico para optar al Título de Médico y Cirujano General. managua: Universidad Nacional Autonoma de Nicaragua, managua; 2014.
26. Sánchez Ramírez N, Tamayo Lén T, Machín Herrera O, Hinestroza Ibargüen S, Payés Erroa , Conde Espina. Hematoma traumático de vulva poco frecuente. Revista cubana de ginecologia y obstetricia. 2018; XXXXVIII(2).

27. Smith A,JB,&BC. Risk factors for perineal tears during vaginal delivery. *ournal of Obstetrics and Gynaecology*. 2016.
28. Evans D,FE,&GG. Episiotomy versus spontaneous perineal tear in vaginal delivery: a randomised controlled trial. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*. 2015.
29. Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos. Pautas para la prevención y el manejo del desgarro perineal. *Obstet Gynecol*. 2018.
30. Morales-Suárez E,PMA,&PHLA. Incidencia de desgarros perineales en el parto vaginal. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*. 2017; XLIII(2).
31. Acosta-Gutiérrez A,&GLA. Factores de riesgo asociados a desgarros perineales en el parto vaginal. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*. 2018.
32. Morales-Suárez E,PMA,&PHLA. Incidencia de desgarros perineales en el parto vaginal. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*. 2017.
33. Kapaya H, Hashim , Jha S. OASI: a preventable injury? *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*. 2015;(185).
34. Valverde NN. Factores de riesgo y desgarro perineal en gestantes atendidas en el hospital Nacional Sergio Enrique Bernales, 2014. tesis para optar a título de licenciada en obstetricia. Lima, Perú: Universidad Privada Arzobispo Loayza, Ginecologia y obstetricia; 2016.
35. Aguilera GMR. PREVALENCIA DE FACTORES DE RIESGO Y DESGARROS PERINEALES EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE CORONEL OVIEDO DE AGOSTO A OCTUBRE, 2017. trabajo de fin de grado. Paraguay: Universidad internacional de Caaguazú, Medicina; 2017.
36. Smith J. La relación entre la edad y el estado civil. *Journal of Marriage and Family*. 2015.
37. Muñoz-De-la-Torre R MVJJSJTSEVKNQA. Desgarro perineal posparto y variables obstétricas y sociodemográficas en mujeres peruanas altoandinas. *MEDISUR*. 2022.
38. Rubio A MMHA. *Anales Sis San Navarra*. [Online].; 2017 [cited 2023 agosto 14. Available from: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272017000200237&lng=es.

XIV.

ANEXOS

Anexo 1: Ficha de Recolección de datos.



Universidad Internacional para el Desarrollo Sostenible

UNIDES

Facultad de Ciencias Médicas

Escuela de Medicina y Cirugía General



Desgarro perineal durante el parto en pacientes nulíparas, primíparas, díparas, múltiparas.

El presente instrumento es una ficha de recolección de datos en las cuales se incluirán las características generales de las pacientes, el tipo de técnica realizada y las posibles complicaciones por las que cursaron las pacientes.

Instrucciones: Esta ficha se llenará utilizando el expediente clínico como fuente de información, se utilizarán respuestas cortas, en caso de respuestas cerradas marcar con una “X” o un “√”.

Características sociodemográficas:

Expediente N°: _____

Edad: Entre 15 y 20 años Entre 21 y 30 años Más de 30 años

Raza: Blanca Negra Asiática Mestiza Indígena

Procedencia: Rural Urbano

Estado civil: Soltera Casada Divorciada Viuda Unión de hecho estable

Escolaridad: Iltrado Primaria Secundaria Universidad Profesional Técnico

Antecedentes gineco-obstétricos:

Paridad: Nulípara Primípara Dípara Múltipara

Edad gestacional: Pretérmino Terminó Postérmino

Antecedentes de aborto: Ninguno Uno Dos o más

Antecedentes de cesáreas: Si No

Periodo intergenésico: Menor de 1 año 1 a 2 años 2 a 3 años 3 a 5 años Más de 5 años
No

Antecedente de episiotomía: No Si

Factores de riesgo materno- fetales:

Periné resistente: Si No

Parto instrumentado: Si No

Trabajo de parto prolongado: Si No

Antecedente de desgarros perineal anteriores: Si No

Periné corto: Si No

Diabetes gestacional: Si No

Trabajo de parto precipitado: Si No

Distocia de hombros: Si No

Macrosomía fetal: Si No

Producto grande para edad gestacional: Si No

Variedad de posición: OIIA OIIT OIIP OS OIDA OIDT OIDP OP

Grado de deflexión fetal: vértice grado I grado II grado III

Desgarros perianales:

Tipo de desgarro perineal: Desgarro perineal tipo 1 Desgarro perineal tipo 2 Desgarro perineal tipo 3 Desgarro perineal tipo 4

Grado de desgarro perineal tipo 3: Grado 1 Grado 2 Grado 3

Episiotomía: Medio Medio lateral No

Episiotomía más desgarro perineal: Si No

Complicaciones en el puerperio inmediato:

Hemorragia: Si No

Hematoma vulvar: Si No

Anexo 2: Consentimiento Informado

CONSETIMIENTO INFORMADO

Incidencia del desgarro perineal entre pacientes nulíparas, primíparas, díparas, multíparas atendidas en el hospital bautista enero a diciembre 2022

Este documento de consentimiento informado consta de dos partes

- Información
- Formulario de consentimiento

Parte I: Información

Yo Kelyn María Ríos Guillén estudiante de Medicina de la Universidad Internacional para el Desarrollo Sostenible (UNIDES), estoy investigando sobre el desgarro perineal en partos vaginales en pacientes nulíparas vs multíparas en el hospital bautista.

El propósito de dicha investigación es valorar la incidencia de los desgarros en ambos grupos de pacientes con el motivo de identificar los factores de riesgos que conllevan a producir desgarros perineales y de esta manera evitar complicaciones posteriores al parto con el motivo de mejorar los estándares de atención durante la atención de partos vaginales en Nicaragua.

Tipo de Intervención de Investigación:

Esta investigación tendrá como intervención el revisar los expedientes clínicos de las pacientes atendidas por partos vaginales sin mantener un contacto directo con las pacientes.

Selección de Participantes:

Las participantes serán escogidos mediante los criterios de inclusión mencionados en el protocolo de investigación utilizando un muestreo aleatorio simple del total de pacientes que corresponde al universo.

Confidencialidad:

La información obtenida de este proceso investigativo promete no compartir la identidad de los participantes, la información se mantendrá confidencial. La información de los pacientes será puesta fuera del alcance y nadie sino solo los investigadores tendrán acceso a verla.

Consentimiento Informado:

La información que representare al paciente se modificara su nombre por un número que identifique al paciente, solo los investigadores conocerán el nombre que pertenece al número de usuario.

Esta propuesta ha sido revisada y aprobada por la Universidad Internacional para el Desarrollo Sostenible y el Hospital bautista, cuyo comité ético tiene como tarea asegurarse de que se protege de daños a los participantes en la investigación.

Parte II: Formulario de consentimiento.

Hemos leído la información proporcionada. Hemos tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se nos ha contestado satisfactoriamente las preguntas que hemos realizado. Consentimos voluntariamente participar en esta investigación y comprendemos que tenemos el derecho de retirarnos de la investigación en cualquier momento sin que nos afecte en ninguna forma.

Hospital Bautista _____

Fecha _____ (Día/mes/año)

He leído con exactitud o he sido testigo de la lectura exacta del documento de consentimiento informado, se ha tenido la oportunidad de hacer preguntas. Confirмо que se ha dado Consentimiento libremente.

Br. Kelyn María Ríos Guillén _____

Fecha _____ (Día/mes/año)

Ha sido proporcionada una copia de este documento de Consentimiento Informado

Anexo 3: Permiso del Hospital

Universidad Internacional para el Desarrollo Sostenible (UNIDES)

Facultad de ciencias médicas

Managua 21 de abril de 2023

Dr. Martínez

Su despacho

Estimada Dr.

Me dirijo a usted con un cordial y afectuoso saludo, deseándole éxito en sus actividades administrativas y asistenciales. Por este medio solicito a su autoridad un permiso para obtener acceso a los expedientes clínicos de las pacientes del servicio de ginecología.

Con el fin de poder utilizar esta información para optar a título de médico cirujano general por medio de la realización de mi tesis monográfica titulada:

Incidencia del desgarro perineal entre pacientes nulíparas, primíparas, díparas, múltiparas atendidas en el hospital bautista enero a diciembre 2022.

Es importante señalar que este estudio no conlleva ningún gasto para su institución y que se tomarán los resguardos necesarios para no interferir con el normal funcionamiento de las actividades propias del hospital y en el manejo de los datos.

No omito manifestarle mis más sinceras muestras de aprecio hacia usted y aplaudo su ardua labor como subdirector de tan magnifico centro asistencial donde se demuestra el amplio conocimiento y la atención de calidad en medicina. Esperando de usted su grata comprensión y anuencia a la realización de nuestra investigación científica, se despide de usted.

Atentamente

Br. Kelyn María Ríos Guillén (MI 202202)

Interna del Hospital Bautista del periodo 2022-2023

Anexo 4: Permiso de docencia UNIDES

Universidad Internacional para el Desarrollo Sostenible

UNIDES

Facultad de ciencias médicas

Escuela de medicina y cirugía general

Managua 11 de diciembre de 2021

Dr. Raymundo Solano

Decano UNIDES

Su despacho

Estimado Dr. Solano

Por este medio me dirijo a usted para hacerle entrega formal de mi protocolo de investigación para optar a título de médico cirujano de la facultad de medicina de UNIDES-MANAGUA.

El título de dicha propuesta es: **Incidencia del desgarro perineal entre pacientes nulíparas, primíparas, díparas, múltiparas atendidas en el hospital bautista enero a diciembre 2022**

No omito manifestarle que dicho protocolo ha sido revisado previamente por el Dr. Pedro Silva. Esperando su pronta aprobación aprovecho la ocasión para felicitarlo por su ardua labor como Decano de la Facultad de Medicina y Cirugía General de UNIDES y deseándole mucha salud y éxitos en su vida, se despide.

Atentamente

Br. Kelyn María Ríos Guillén (1701-0005)

Facultad de Medicina UNIDES

Anexo 5: informe de opinión de experto del instrumento de investigación

DATOS GENERALES:

1.1. Nombres y Apellidos del informante (Experto): Jersson Alberto Pérez Rivera

1.2. Grado académico: Doctor en Medicina y Cirugía General

1.3. Profesión: Medico Clínico y Docente Universitario

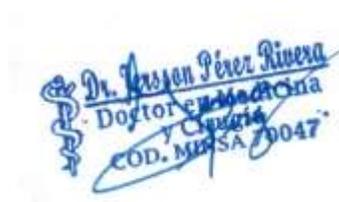
1.4. Institución donde labora: Universidad de Occidente (UDO)

1.5. Cargo que desempeña: Docente Universitario

1.6. Denominación del instrumento:

1.7. Autores del instrumento: Br. Kelyn María Ríos Guillén

1.8. Programa de pregrado: _____



Dr. Jersson Pérez Rivera
Doctor en Medicina
y Cirugía
COD. MESA 79047

Anexo 6: validación del instrumento

Fuente: Seminario monográfico Dr. Jersson Alberto Pérez Rivera, 2022.

INDICADORES DE EVALUACION DEL INSTRUMENTO	CRITERIOS Sobre los ítems del instrumento	Muy malo	Malo	Regular	Bueno	Muy bueno
		1	2	3	4	5
1. Claridad	Están formulados con lenguaje apropiado que facilite su comprensión					
2. Objetividad	Están expresados en conductas observables y medibles					
3. consistencia	Existe una organización lógica del contenido y relación con la teoría					
4. coherencia	Existe relación de los contenidos con la obtención de los datos					
5. pertinencia	Las categorías de respuestas y sus valores son apropiados					
6. suficiencia	Son suficientes la cantidad y calidad de ítems presentados en el instrumento					
Sumatoria parcial						
Sumatoria total						

Validado por: Dr. Jersson Alberto Pérez Rivera

Dr. Jersson Pérez Rivera
 Doctor en Medicina
 y Cirugía
 COD. MESSA 0047

Anexo 7: Hoja de Inscripción para “Culminación de Estudio”

La Universidad Internacional para el Desarrollo Sostenible - UNIDES, de conformidad con la normativa sobre la “Forma de Culminación de Estudio”, recibe solicitud por parte del Br. _____, carné # _____, cédula de identidad # _____, del _____ año académico. Facultad: _____, Carrera: _____, para inscripción de trabajo, para completar los requisitos de graduación establecidos para la forma de culminación de estudios en la modalidad: _____.

Titulado:

Lo anterior, de conformidad con el artículo 29 de Capítulo V, disponiendo de un máximo de 30 días calendario para la entrega del protocolo para su aprobación e inicio del proceso, para su defensa en el mes de Julio como fecha máxima. Los profesionales a cargo de tutorar el trabajo deberán ser aprobados por la autoridad académica competente.

Dado en la ciudad de _____ a los _____ días del mes de _____ del año _____

Autorizado

Estudiante

Anexo 8: Cronograma

	Marzo		Abril			Mayo		Junio			Julio		Agosto		Septiembre	
	1	2	1	2	3	1	2	1	2	3	1	2	1	12	1	12
Inscripción de temas y tutores																
Entrega y revisión de protocolo																
Entrega de protocolo final																
Elaboración de trabajo monográfico																
Entrega del primer borrador de TM																
Nombramiento del tribunal examinador																
Revisión del trabajo monográfico																
Entrega del segundo borrador de TM																
Última revisión																
Defensa monográfica																

Anexo 9: Presupuesto

N°	Bienes Materiales	Cantidad	Costo unidad	TOTAL
1	Cuadernos	1	30	30
2	Lapiceros	2	10	20
3	Encuadernado	3	50	150
4	papelería	500	2	1500
5	Impresión de Documento	3	30	90
6	Transporte Urbano Colectivo	10	2.5	25
7	Taxi	10	50	500
8	Internet	1	1400	1400
9	Comida y bebidas	10	80	800
10	Alcohol de manos	1	60	60
11	Mascarillas faciales	30	3	90
12	Viáticos	5	100	500
Total en córdobas				5,165

Anexo 10: Cuadro de Operacionalización de las Variables

Tabla del objetivo 1: Exponer las características sociodemográficas de las pacientes entre los grupos de estudio.

Variable: Características sociodemográficas					
Dimensión/ subvariable	Definición conceptual	Definición operacional	Indicador	Instrumento s	Tipo de variable según su naturaleza y escala de medición
Edad	Tiempo vivido por una persona expresado en años.	Periodo transcurrido entre la fecha de nacimiento y el día de ingreso al hospital.	1. Entre 15 y 20 años. 2. Entre 21 y 30 años. 3. Más de 30 años.	Ficha de recolección de datos.	Cuantitativa discreta,
Raza	Grupos con características diferenciales en que se subdividen los humanos.	Característica observada al momento de su ingreso al hospital.	1. Blanca 2. Negro 3. asiático 4. mestizo 5. Indígena	Ficha de recolección de datos.	Cualitativa politómica, nominal
Procedencia	Zona demográfica de donde proviene la paciente.	Lugar de origen de la paciente.	1. Urbano 2. Rural	Ficha de recolección de datos.	Cualitativa dicotómica, nominal
Estado civil	Situación estable o permanente que caracteriza a una persona	Según condición jurídica encontrada en el	1. Soltera 2. Casada	Ficha de recolección de datos.	Cualitativa politómica, nominal,

	y sus vínculos personales con otros individuos.	expediente clínico.	3. Divorciada 4. Viuda 5. Unión de hecho estable		
Escolaridad	Años cursados y aprobados en algún tipo de establecimiento o educacional.	Nivel de estudio cursado al momento del estudio.	1. Iltrado 2. Primaria 3. Secundaria 4. Universida d 5. Profesional 6. Técnico	Ficha de recolección de datos.	Cualitativa politómica, ordinal

Tabla del objetivo 2: Comparar los antecedentes gineco-obstétricos presentaron las pacientes de este estudio.

Variable: Antecedentes gineco-obstétricos					
Dimensión/ subvariable	Definición conceptual	Definición operacional	Indicador	Instrumentos	Tipo de variable según su naturaleza y escala de medición
Paridad	Número total de partos que	Cantidad de partos ya sea	1. Nulípara 2. Primípara 3. Dípara	Ficha de recolección de datos.	Cualitativa politómica, ordinal

	ha tenido una mujer.	vaginales o cesárea.	4. Multípara		
Edad Gestacional	Es el número de días o semanas completas a partir del primer día del último período menstrual normal.	Tiempo transcurrido desde el inicio del embarazo hasta el parto.	1. Pretérmino (< 37 semanas) 2. Término (37 a 41 6/7 semanas) 3. Postérmino (>42 semanas)	Ficha de recolección de datos.	Cuantitativa discreta
Abortos	Todo nacimiento con un peso del producto de la gestación menor de 500 gramos o menor de 22 semanas de gestación.	Número de abortos referidos.	1. Ninguno 2. Uno 3. Dos a más	Ficha de recolección de datos.	Cuantitativa continua
Antecedentes de cesárea	Realización de cesárea posteriores al embarazo previo.	Realización de cesárea posteriores al embarazo previo.	1. Si 2. No	Ficha de recolección de datos.	Cualitativa dicotómica, nominal

Antecedentes de episiotomía	Realización de episiotomía en partos previos	Realización de episiotomía en partos previos	1. Si 2. No	Ficha de recolección de datos.	Cualitativa dicotómica, nominal
Período intergenésico	Periodo comprendido entre la finalización del último embarazo (parto o aborto), y el inicio del actual.	Tiempo transcurrido desde su ultimo parto.	1. Menor de 1 año 2. 1 a 2 años 3. 2 a 3 años 4. 3 a 5 años 5. Mas de 5 años 6. No	Ficha de recolección de datos.	Cuantitativa continua

Tabla del objetivo 3: Establecer los principales factores de riesgo materno- fetales asociado a desgarro perineal durante el parto.

Variable: Factores de riesgo maternos					
Dimensión/ subvariable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicador	Tipo de variable según su naturaleza y escala de medición
Periné resistente	resistencia que oponen las fibras musculares del suelo pélvico al	Datos clínicos de periné resistente antes del parto.	1. Si 2. No	Ficha de recolección de datos.	Cualitativa dicotómica, nominal

	estiramiento durante el parto				
Parto instrumentado	Utilización de fórceps para sujetar la cabeza del bebé para guiarlo hacia afuera del canal de parto.	Uso de instrumentos para la extracción del feto durante el parto.	1. Si 2. No	Ficha de recolección de datos.	Cualitativa dicotómica, nominal
Trabajo de parto prolongado	Progreso insatisfactorio o la no progresión del trabajo de parto después de haber estado en trabajo de parto efectivo.	Tiempo transcurrido mayor que el esperado durante el parto.	1. Distocia mecánica 2. Distocia dinámica	Ficha de recolección de datos.	Cualitativa dicotómica, nominal
Antecedente de desgarros perineal anteriores	Tejido fibroso en la región perineal y vaginal que no permite la distensión	Presencia de tejido fibroso antes y durante del parto.	1. Si 2. No	Ficha de recolección de datos.	Cualitativa dicotómica, nominal

	durante el parto				
Periné corto	Longitud de periné menor a 3cm, el cual no se logra estirar durante el parto.	Presencia de periné corto durante el parto	1. Si 2. No	Ficha de recolección de datos.	Cualitativa dicotómica, nominal
Diabetes gestacional	Presencia de glucosa elevada durante el embarazo en pacientes previamente sanas.	Presencia de glucosa elevada durante el embarazo en pacientes previamente sanas.	1. Si 2. No	Ficha de recolección de datos.	Cualitativa dicotómica, nominal
Trabajo de parto precipitado	Tiempo de trabajo de parto que puede durar de 3 horas y es por lo general, menos de 5 horas dependiendo de la paridad.	Datos clínicos del tiempo de trabajo de parto.	1. Si 2. No	Ficha de recolección de datos.	Cualitativa dicotómica, nominal

Variable: Factores de riesgo fetales					
Dimensión/ subvariable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicador	Tipo de variable según su naturaleza y escala de medición
Distocia de hombros del feto	Dificultad en la salida espontánea de los hombros que requiere de maniobras obstétrica para su expulsión.	Datos clínicos de distocia de hombros antes del parto	1. Si 2. No	Ficha de recolección de datos.	Cualitativa dicotómica, nominal
Macrosomía fetal	Peso del recién nacido igual o mayor de 4500 gramos o mayor del percentil 90	Datos clínicos de macrosomía fetal antes del parto.	1. Si 2. No	Ficha de recolección de datos.	Cualitativa dicotómica, nominal
Producto grande para edad gestacional	Producto con un peso al nacer de 4000 a 4500gr.	Datos clínicos que indiquen producto con un peso al nacer de 4000 a 4500gr.	1. Si 2. No	Ficha de recolección de datos	Cualitativa dicotómica, nominal
Grado de deflexión fetal	Orientación de la cabeza fetal en relación a la	Orientación de la cabeza fetal en	1. Vértice 2. Grado 1 3. Grado 2	Ficha de recolección de datos	Cualitativa politémica, ordinal

	pelvis materna, el mentón del feto toca su esternón, de manera que presenta su menor diámetro a la pelvis.	relación a la pelvis materna.	4. Grado 3		
Variedad de posición fetal	Relación entre la posición fetal ante las partes anterior, posterior, transversa de la pelvis materna	Relación de posición fetal entre un punto de reparo y el hueso iliaco.	1. OIIA 2. OIIT 3. OIIP 4. OS 5. OIDA 6. OIOT 7. OIOP 8. OP	Ficha de recolección de datos	Cualitativa politómica, ordinal

Tabla del objetivo 4: Mencionar los tipos de desgarros perianales entre las pacientes nulíparas vs multíparas de este estudio.

Variable: Desgarros perineales					
Dimensión/subvariable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicador	Tipo de variable según su naturaleza y escala de medición
Tipo de desgarro perineal	Daño a la piel y/o a los músculos entre el introitus	Tipo de desgarro observado durante el parto.	1. Desgarro perineal tipo 1 2. Desgarro perineal tipo 2	Ficha de recolección de datos	Cualitativa politómica, ordinal

	vaginal y el orificio anal.		3. Desgarro perineal tipo 3 4. Desgarro perineal tipo 4		
Grado de desgarro perineal de tipo 3	El nivel de afección a nivel de los músculos perineales involucrando el esfínter anal.	Grado de desgarro tipo 3 en base a su clasificación.	1. Lesión con afección menor del 50% del espesor del esfínter anal externo 2. Lesión con afección de más del 50% del espesor del esfínter anal externo 3. Lesión del esfínter anal interno	Ficha de recolección de datos	Cualitativa politómica, ordinal
Episiotomía	Incisión que se realiza partiendo de la comisura posterior de la vulva hacia el ano, para facilitar la expulsión de la criatura.	Realización de episiotomía durante el parto.	1. Medio 2. Medio lateral 3. No	Ficha de recolección de datos	Cualitativa dicotómica, nominal

Episiotomía más desgarro perineal	Incisión que se realiza partiendo de la comisura posterior de la vulva, con presencia de desgarro perineal posterior al parto.	Presencia de desgarro perineal antes o después a la realización de episiotomía.	1. Si 2. No	Ficha de recolección de datos	Cualitativa dicotómica, nominal
-----------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------	----------------	-------------------------------	---------------------------------

Tabla del objetivo 5: Describir las complicaciones en el puerperio producidas por el desgarro perineal en las pacientes de este estudio.

Variable: Complicaciones en el puerperio					
Dimensión/ subvariable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicador	Tipo de variable según su naturaleza y escala de medición
Hemorragia	Pérdida hemática superior a 1000 ml durante el parto vaginal.	Perdida hemática durante el parto vaginal.	1. Si 2. No	Ficha de recolección de datos	Cualitativa dicotómica, nominal
Hematoma vulvar	Colección de sangre a nivel vulvar, generalmente secundario a	Presencia de hematoma en la región vulvar	1. Si 2. No	Ficha de recolección de datos	Cualitativa dicotómica, nominal

	un trauma obstétrico.	después del parto vaginal			
--	-----------------------	---------------------------	--	--	--

Tabla del objetivo 6: Identificar la incidencia de desgarro perineal entre los grupos de estudio.

Variable: Desgarro perineal					
Dimensión/ subvariable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicador	Tipo de variable según su naturaleza y escala de medición
Incidencia de Desgarro Perineal	Frecuencia y proporción de desgarros perineales en cada grupo de estudio.	Número total de desgarros perineales en cada grupo de estudio.	1. Nulíparas 2. Primíparas 3. Díparas 4. Multíparas	Número de desgarros perineales por grupo de estudio.	Cualitativa categórica, nominal